Turliuc Maria Nicoleta, Adina Karner Huţuleac**,** Oana Dănilă, *Violenţa în familie. Teorii, particularităţi şi intervenţii specifice*, Editura Universităţii „Alexandru Ioan Cuza”, Iaşi, 2009, **(ISBN 978-973-703-436-6).**
.

VIOLENŢA ÎN FAMILIE. TEORII, PARTICULARITĂŢI ŞI INTERVENŢII SPECIFICE

Turliuc Maria Nicoleta,

Adina Karner Huţuleac,

Oana Dănilă

CUPRINS

1. VIOLENŢA ÎN FAMILIE: DEFINIŢII ŞI TEORII (Maria Nicoleta Turliuc şi Oana Dănilă)

1.1. Delimitări şi precizări conceptuale

1.1.1. Raportul natură-cultură

1.1.2. Agresivitate, agresiune, violenţă

1.1.3. Violenţa în familie

1.2. Modelul factorilor multicauzali al violenţei intrafamiliale

1.2.1. Familia – context al apariţiei violenţei domestice

1.2.2. Contextul socio-cultural

1.2.3. Vulnerabilitatea familială şi individuală

1.2.4. Stresorii orizontali şi verticali

1.2.5. Resursele şi suportul social

1.3. Unele dificultăţi în investigarea fenomenului

1.3.1. Miturile cu privire la violenţa domestică

1.3.2. Minimalizarea efectelor violenţei

1.3.3. Izolarea socială

1.4. Abordări teoretice ale violenţei conjugale

1.4.1. Teoriile biologice

1.4.2. Teoriile sociologice

1.4.3. Teoriile psihologice şi psihosociale

1.4.4. Teoriile integrative centrate pe interacţiune

2.PARTICULARITĂŢILE AGRESORILOR BĂRBAŢI (Oana Dănilă şi Maria Nicoleta Turliuc)

2.1.Abuzatorul, din perspectiva câtorva abordări teoretice

2.2. Caracteristicile agresorilor domestici

2.3. Justificările propriilor acte ale agresorilor domestici

2.4. Tipologiile agresorilor domestici

2.5. Agresorul persoanelor în vârstă

3. CONSECINŢELE VIOLENŢEI INTRAFAMILIALE ASUPRA VICTIMELOR (Oana Dănilă şi Maria Nicoleta Turliuc)

3.1. Femeia victimă a violenţei domestice

3.1.1. Consecinţele pe plan fizic

3.1.2. Cazul femeilor însărcinate

3.1.3. Consecinţe psihologice, emoţionale şi sociale

3.1.4. Ciclul violenţei domestice

3.1.5. De ce nu pleacă femeia abuzată ?

3.2. Copilul, victimă a violenţei domestice

4. MODELE PSIHOTERAPEUTICE CONTEMPORANE DE INTERVENŢIE ÎN CAZURI DE VIOLENŢĂ DOMESTICĂ (Adina Karner Huţuleac)

4. 1. Un model de psihoterapie sistemică aplicat în domeniul violenţei fizice din cadrul cuplurilor

4.1.1. Introducere

4.1.2. Planul time-out

4.1.3. Ordinea simbolică

4.1.4. Importanţa calmării

4.1.5. Procese neurologice

4.1.6. Reflecţie, mentalizare şi auto-funcţionarea reflexivă

4.1.7. Posibilităţi de tratament

4.1.8. Funcţia reflexivă şi întrebările circulare

4.1.9. Capacitatea reflexivă şi abordarea narativă

4.1.10. Concluzii

4.2. Un model de intervenţie psihoterapică centrată pe afect (ACT)

4.2.1. Introducere

4.2.2. Afectul şi emoţia din perspectiva terapiei centrate pe afect (ACT)

4.2.3. Terapia centrată pe afect şi protocolul dobândirii abilităţilor de management afectiv

4.3. Un model psihoterapeutic feminist-sistemic de intervenţie în cazurile cuplurilor violente

4.3.1. Introducere

4.3.2. O perspectivă feministă asupra agresivităţii în cuplu

4.3.3. Perspectiva masculină

4.3.4. De-structurarea momentului violent

4.3.5. Poziţia femeii victimă

4.3.6. Alianţa

4.3.7. Concluzii

Bibliografie

1. VIOLENŢA ÎN FAMILIE: DEFINIŢII ŞI TEORII

1.1. Delimitări şi precizări conceptuale

1.1.1. Raportul natură-cultură

Agresivitatea are, indubitabil, un caracter natural, instinctiv, ea jucând un rol important în supravieţuirea speciilor. În tendinţa sa spre conservare, specia umană şi-a realizat comportamentul sexual, de reproducere, de explorare, de hrănire, de siguranţă şi confort şi pe calea agresivităţii. Agresivitatea este implicată, de exemplu, în multe din comportamentele sociale: în lupta pentru autoafirmare, în conduita competitivă sau în depăşirea dificultăţilor vieţii. Registrul de manifestare al agresivităţii se întinde de la atitudinea de pasivitate şi indiferenţă, refuzul ajutorului, ironie şi tachinare, până la atitudinile de ameninţare şi actele de violenţă propriu-zisă.

Ameninţându-ne direct sau indirect siguranţa de fiecare zi în mod dureros, violenţa ţine de viaţa cotidiană a societăţii noastre, dar şi de o realitate culturală, de o parte a discursurilor care privesc societatea umană. În ontologia fiinţei umane şi a personalităţii sale există şi continuă să fie interiorizate modele culturale care structurează semnificaţiile limbajului gestual şi ale celui articulat, ale reacţiilor comportamentale, atitudinale şi ale comunicării subiective. Uneori, acţiunile agresive se insinuează şi în desfăşurarea unor conduite considerate calme sau non-violente. Cercetarea conduitelor agresive mai evidente semnalează prezenţa brutală şi dramatică a violenţei în toate aspectele distructive gândite şi anticipate, cu declanşări reactive şi consecinţe victimologice importante. Manifestările violenţei, extrem de variate, sunt adesea orientate împotriva unor categorii şi grupuri vulnerabile ale comunităţii, ca minorităţile etnice, religioase sau sexuale, femeile, copiii şi persoanele de vârsta a treia.

Existenţa umană, modelată sociocultural, implică o luptă anti-entropică între tendinţele sau nevoile persoanei – mereu re-proiectate de procesele mentale şi conştiinţa de sine – şi normele, valorile şi aşteptările celorlalţi, dobândite prin interiorizarea modelelor educaţionale şi ale raporturilor interumane. Sensul şi intensitatea agresivităţii pot orienta distructiv configuraţiile proceselor psiho-comportamentale prin care se proiectează motivaţiile frustrante ale personalităţii.

În aceste coordonate, disputa competitivă îşi are locul său în dezvoltarea relaţiilor familiale, în formarea individului în cadrul stadiilor dezvoltării ontogenetice sau în contextul evoluţiei şcolare şi profesionale. Ca aspect bazal al naturii umane, agresivitatea ajunge să se exprimă prin comportamentul asertiv şi competitivitate (şi) ca element structurat în etosul culturii. Geneza naturală a agresivităţii este astfel radicalizată prin violenţa diversificată de capacitatea mentală a unei persoane, în relaţiile sale de elaborare anticipativă, de difuziunea psiho-mimetică, de elaborare a modalităţilor de atac, de victimizare morală, în cadrul limitelor psiho-comportamentale elaborate de societate.

Partizanii caracterului dobândit al agresivităţii susţin că aceasta survine în funcţie de factorii situaţionali, fiind un răspuns al individului la condiţiile concrete de mediu, la multiplicarea tentaţiilor în societatea de consum (Turliuc, 2007). Rolul mass-media, în special cel al televiziunii, a fost intens cercetat în ultimele decenii. Modele culturale susţinute în media au un impact puternic mai ales asupra personalităţii în formare. Deşi s-a afirmat că ipoteza cu privire la creşterea comportamentului agresiv ca urmare a expunerii la programe cu conţinut ridicat de violenţă nu poate fi deocamdată confirmată empiric, Comstock şi Scharrer (1999, apud Evra şi Page, 2004) arătau că datele nu susţin nici ipoteza conform căreia copiii agresivi pur şi simplu preferă să privească mai mult scenele violente. Potrivit autorilor menţionaţi, trei teorii conduc la presupunerea conform căreia expunerea la violenţă conduce la creşterea şanselor indivizilor de se implica în comportamente agresive sau antisociale:

1. Teorie cogniţiei sociale, o dezvoltare a teoriei învăţării sociale, insistă asupra proceselor învăţării (ale dobândirii achiziţiilor şi performanţei) şi a semnificaţiilor pe care indivizii le atribuie sau desemnează celorlalţi. Persoanele observă şi interpretează, ţinând seama de context şi consecinţe, şi actualizează comportamentul considerat a fi cel mai adecvat sau eficient.

2. Neoasociaţionismul subliniază ideea stocării gândurilor şi imaginilor şi a reactualizării lor. Portretele repetitive ale violenţei conduc la creşterea numărului şi varietăţii comportamentelor antisociale din repertoriul privitorului, la sporirea conţinuturilor mentale şi a numărului de aspecte corelate conduitelor antisociale.

3. Teoria excitaţiei subliniază implicarea sau transferul stărilor fiziologice şi

neurofiziologice (de tipul excitabilităţii) în realizarea unor comportamente (impulsive sau a mişcărilor automate: kinetice, parazite, ritmice, ambulatorii etc.).

1.1.2. Agresivitate, agresiune, violenţă

Agresivitatea. Nefiind sinonimă cu violenţa, agresivitatea exrimă o dispoziţie bio-psihologică şi recţională la situaţii de mediu, o reacţie de apărare, o tendinţă impulsivă mai puţin controlată de procesele psihice de integrare în ambianţă (Pirozynski, 1991). Ea reprezintă tendinţa spre conduitele orientată spre obiecte, persoane sau spre sine a căror intenţie este aceea de a produce o vătămare de ordin material, fizic şi/sau moral-psihologic. Ea poate fi definită şi ca „tendinţa de a-l ataca pe celălalt sau orice obiect susceptibil de a sta în calea satisfacerii imediate a unei nevoi", sau ca personalitate a „unui individ care are obiceiul de a se comporta agresiv" (Larousse. Marele dicţionar al psihologiei, 2006). Agresivitatea este o trăsătură a personalităţii care poate fi canalizată, dacă nu scapă controlului raţional. Câţiva dintre factorii psihologici care predispun la o mai mare potenţialitate agresivă sunt: abuzurile suferite în copilărie, anumite antecedente agresive faţă de ceilalţi sau propria persoană, unele trăsături de personalitate (impulsivitatea, labilitatea emoţională, iritabilitatea caracterială, toleranţa scăzută la frustrare etc.).

Din punct de vedere biologic, agresivitatea este determinată de particularităţile funcţionale ale unor formaţiuni nervoase, ale sistemului nervos şi ale sistemului endocrin. Geneticienii au indicat şi faptul că extra-cromozomul Y este mai frecvent întâlnit la criminalii aflaţi în detenţie şi la bolnavii psihic periculoşi. Mai recent, neurobiologii au indicat trei niveluri posibile ale agresivităţii (W.E. Weiger şi D.M. Bear, 1988): 1. nivelul unui comportament reflex, în mare parte preprogramat genetic, 2. un nivel la care stimulului îi este asociat o conotaţie afectivă, în funcţie de trăirea individuală şi 3. un nivel de elaborare cognitivă în care sunt luate în calcul experienţele personale şi contextul sociocultural. Etologii au adăugat faptul că instinctul agresivităţii, chiar intraspecie, îndeplineşte roluri pozitive: împiedică epuizarea hranei, menţine ordinea ierarhică şi prin selecţie naturală, asigură conservarea caracteristicilor vitale ale speciei.

Cercetările psihologice şi sociologice insistă asupra caracterului dobândit sau învăţat al agresivităţii. Cea mai completă abordare psihologică a agresivităţii aparţine

psihanalizei, care a subliniat importanţa agresivităţii şi legătura ei cu sexualitatea. Învăţarea socială şi mass-media au un rol important, potrivit teoriei lui Albert Bandura, în realizarea conduitelor agresive. Teoriile subculturiilor delincvente, a asocierii diferenţiale sau a oportunităţilor diferenţiale nuanţează şi completează această perspectivă.

Mediul este probabil factorul cel mai important în manifestările de agresivitate, toată lumea fiind de acord că un instinct care să împingă pulsiunea agresivă în afara individului este de greu de admis. Trecerea la act implică anterior trăirea *furiei* (sau a fricii, tristeţii), ca stare afectivă negativă ce poate conduce la un comportament agresiv, şi a *ostilităţii* – ca atitudine negativă faţă de celălalt inacceptabil, care nu ne place, pe care suntem gata să îl distrugem. Indivizii mai înclinaţi spre ostilitate şi furie sunt mai tentaţi să comită şi abateri de la normele morale şi penale, din moment ce tind să subestimeze riscul şi să facă alegeri riscante. În acelaşi timp, conform aprecierilor lui K.A. Dodge şi J.D. Coie (1987), indivizii care prezintă descărcări agresive cronice sunt mai capabili să detecteze intenţiile ostile ale celorlalţi, fapt care alimentează nivelul ridicat al comportamentului lor agresiv.

Agresiunea. Ideea de potenţialitate diferenţiază agresivitatea, de agresiune şi violenţă, acestea din urmă implicând trecerea la act sau realizarea actelor agresive. Agresiunea, în accepţiune etologică, reprezintă „o mobilizare a organismului care duce la luptă, determinând eventual rănirea sau chiar moartea opozantului”. Din punt de vedere social, agresiunea trimite la „comportamentul adoptat cu intenţia de a face rău celuilalt, fizic sau psihologic” (Larousse. Marele dicţionar al psihologiei, 2006). Evident, termenii de „intenţie” şi „rău” sunt relativ subiectivi. Astfel se şi explică faptul că victima, agresorul şi observatorul vor avea perspective diferite asupra caracterului agresiv sau non-agresiv al unui act sau cu privire la gradul de periculozitate al unei acţiuni agresive.

De toleranţa mai mare sau mai mică a societăţii în privinţa actelor agresive depinde de pragul de la care pornind ele se transformă în acte infracţionale. În plus, atitudinile agresive (mimică, gestică, pantomimică) pot avea un caracter provocator şi pot declanşa o reacţie agresivă puternică. Cuvintele pot avea un caracter agresiv deschis (ameninţări, injurii, insulte) sau ascuns, insidios (răutăţi, ironie, causticitate). Fantasmele şi formaţiunile inconştientului cu valoare agresivă pot avea un rol cathartic şi sunt adesea explorate în practica terapeutică.

Frustrarea şi furia sunt o provocare pentru orice persoană care încearcă să-şi păstreze cumpătul. Atacul şi percepţia intenţiei sunt factori situaţionali care tind să producă un răspuns agresiv. În acest caz, reacţiile agresive ale unei persoane favorizează apariţia răspunsurilor agresive ale altcuiva. Nu întâmplător, provocarea prin atac sau insultă este una din cauzele cele mai frecvente ale agresivităţii (mai ales pe fondul consumului de alcool). Ca subiect al normei reciprocităţii, agresiunea poate lua forma unor reguli precum "ochi pentru ochi", "dinte pentru dinte", "viaţă pentru viaţă" etc. Ele explică represaliile produse ca urmare a unui atac. Dar, norma aceasta nu este întotdeauna funcţională. Cel mai adesea, perceperea intenţiei este aceea care determină declanşarea sau nu a represaliilor consecutive unei acţiuni. Comparativ cu acţiunile cu consecinţe negative, percepute ca neintenţionate, cele considerate intenţionate sunt mai curând judecate ca ostile, dând naştere răspunsurilor agresive.

Cea mai cunoscută teorie a agresiunii este teoria frustrare-agresiune a lui John Dollard şi a colaboratorilor săi (1939; apud Turliuc, 2007), care au postulat că: „agresivitatea este întotdeauna o consecinţă a frustrării" şi „frustrarea conduce întotdeauna către o anumită formă de agresivitate". Blocarea căii de atingere a unui anumit scop creează frustrări care, la rândul lor, constituie sursa agresivităţii. Teoria ţapului ispăşitor sugerează faptul că teama de sursa frustrării fac ca, destul de frecvent, agresivitatea să nu fie îndreptată asupra sursei ei, ci să fie re-orientată şi re-direcţionată către o ţintă-substitut, mai puţin probabil să se răzbune şi mai sigură. În fine, teoria catharsis-ului indică faptul că actele agresive pot reduce tendinţa individului de a se angaja în alte manifestări agresive (Turliuc, 2007). Astfel, indivizii pot evita angajarea lor în manifestări pline de violenţă prin implicarea în activităţi mai puţin dăunătoare (cum ar fi glumele ostile, povestirea unor anecdote pline de violenţă, observând agresivitatea altora, reală sau fictivă etc.). Unele studii experimentale au indicat însă faptul că impulsul agresiv contra unei persoane X scade numai dacă acea persoană este agresată sau pedepsită de altcineva. Cu alte cuvinte, simpla asistenţă la agresarea altora nu produce efecte asupra impulsului cu privire la X .

Violenţa. Dacă agresivitatea reprezintă starea sistemului psihofiziologic de a răspunde printr-un ansamblu de conduite ostile (în plan conştient, inconştient sau fantasmatic) în scopul distrugerii unui „obiect" investit cu semnificaţie, violenţa este

agresivitatea liberă, exteriorizată sau manifestarea comportamentală a unei stări de agresivitate.

Noţiunea de „violenţă” este definită prin actele care trimit la apelul la forţă, la constrângere sau la încălcarea normelor şi a drepturilor celuilalt. Altfel spus, violenţa constă în totalitatea conduitelor agresive la care un subiect mai puternic fizic sau moral îl supune pe altul mai slab: rele tratamente (copiii maltrataţi), acte de violenţă ale partenerului (femei bătute), sau chiar acţiuni criminale (tâlhărie, viol, omucidere). Prin urmare, comportamentele violente se regăsesc în domeniul delincvenţei şi în cel al periculozităţii.

Violenţa include toate comportamentele violente (fizice, psihologice sau sexuale), de abuz activ sau pasiv (de tipul neglijenţei). Cu alte cuvinte, violenţa reprezintă orice situaţie în care fiinţele umane sunt influenţate în asemenea, manieră încât realizările lor efective, fizice şi psihice se află la un nivel mai scăzut decât realizările lor potenţiale (J. Galtung, 1996; apud Curic şi Văetiş, 2005). Violenţa este indicată de *diferenţa dintre potenţial şi realitate/realizări*. Nivelul potenţial este posibil atunci când există oportunităţile necesare şi accesul la resurse. Dacă acestea sunt monopolizate de anumite persoane (majoritatea aflată la putere) însemnă că nivelul actual de realizare al altor persoane (grupul minoritar) scade sub potenţialul lor normal.

O delimitare necesară este aceea între aspectul *instrumental* şi cel *emoţional* al violenţei. Forma instrumentală se deosebeşte de cea emoţională prin planificarea acţiunii agresive. Scopul principal nu este acela de a face rău, ci de a obţine anumite rezultate, de a-şi menţine sau impune puterea sau statutul. Violenţa emoţională (sau ostilă) se realizează cu intenţia de a-i face rău cuiva, de a-i provoca suferinţa şi pentru reducerea tensiunii psihice a agresorului. Această delimitare pătrunde în profunzime, până la constelaţia motivaţională a actului agresiv.

Acestor forme li se adaugă violenţa ca *agresiune simbolică*, ce desemnează „a agresa semnul sau obiectul care materializează identitatea celuilalt detestat”, semnele puterii sau ceea ce este definit ca atare (Rachid Amirou, 2003, p. 43). Acestea sunt agresate şi distruse pentru a semnifica o opoziţie faţă de valorile pe care le vehiculează aceste simboluri. De exemplu, distrugerea de către soţul violent şi gelos a hainelor soţiei sau incendierea lor echivalează, din punct de vedre psihic, cu nimicirea acesteia.

Aşa cum sugeram mai sus, impunerea propriei voinţe prin forţă în relaţia cu celălalt se produce mai ales în următoarele condiţii: 1. existenţa unor emoţii negative care se răsfrâng asupra celorlalţi precum: frica, furia, tristeţea etc.; 2. existenţa unor modele de comportament violent şi 3. unele condiţii pot facilita declanşarea şi descărcarea agresivităţii (situaţiile neprielnice, frustrante, factorii climaterici, atacul, percepţia intenţiei agresive, consumul de alcool/droguri ilicite, simpla vedere a armelor sau „efectul armelor" etc.).

Violenţa este considerată a fi un *abuz de putere,* o modalitate de impunere a puterii asupra celorlalţi dar, în mod paradoxal, ea semnifică uneori şi lipsa de putere. În aceasta situaţie, dorinţa persoanei agresive de a se afirma este atât de puternică încât se transformă în agresivitate distructivă şi violenţă.

1.1.3. Violenţa în familie

„Violenţa în familie" versus *„violenţa domestică".* Definirea violenţei în familie s-a dovedit a fi o încercare extrem de dificilă, atât datorită complexităţii fenomenului, cât şi a marii diversităţi a formelor sale de manifestare. Violenţa în familie desemnează orice act de violenţă fizică, psihologică sau sexuală care are loc între persoanele între care există (sau au existat) relaţii de rudenie: de sânge, căsătorie şi/sau adopţie.

Conform Legii nr. 217/2003 pentru prevenirea şi combaterea violenţei în familie (Monitorul Oficial Partea I, nr. 367 din 29 mai 2003, cap.I, art. 2(1)), violenţa în familie reprezintă „orice acţiune fizică sau verbală săvârşită cu intenţie de către un membru de familie împotriva altui membru al aceleiaşi familii, care provoacă o suferinţă fizică, sexuală sau un prejudiciu material". Conform aceleiaşi legi, cap.I, art. 2(2), constituie violenţă în familie „împiedicarea femeii de a-şi exercita drepturile şi libertăţile fundamentale". Institutul pentru Cercetarea şi Prevenirea Criminalităţii din România (2000), punând accentul pe agresiunile exercitate îndeosebi asupra femeilor şi copiilor, defineşte violenţa în familie ca fiind „utilizarea constrângerii fizice sau emoţionale asupra unui alt membru al familiei, în scopul impunerii puterii şi a controlului asupra acestuia" sau de „ansamblul conflictelor din grupul familial, care au ca efect maltratarea partenerului sau a copilului"; conform concluziilor acestuia, violenţa în cadrul familiei „nu include doar *violenţa fizică* (omor, vătămare, lovire), ci şi cea *sexuală* (violul

marital), *psihologică* (şantaj, denigrare, umilire, ignorare, abandon, izolare), *verbală* (insultă, ameninţare) şi *economică* (privarea femeii de mijloace şi bunuri vitale".

Aşa cum notam mai sus, în toate societăţile caracterizate printr-o distribuţie inegală a puterii, a statutului social şi a resurselor între bărbaţi şi femei, violenţa împotriva femeii este prezentă în sensul că femeile nu-şi pot valorifica pe deplin potenţialul de care dispun. În familie acesta devine sinonimă cu menţinerea unor aşteptări şi cerinţe disproporţionate, a unor conduite violente care restricţionează alegerile, oportunităţile, dezvoltarea personală şi profesională a femeii, participarea ei la viaţa socială sau politică etc.

Violenţa domestică este inclusă în fenomenul mai amplu al *violenţei în familie sau al violenţei intra-familiale.* Noţiunea de violenţă domestică se referă, cel mai adesea, la actele de violenţă fizică, psihologică, sexuală dintre partenerii intimi stabili. În acest context, „violenţa domestică reprezintă o serie de comportamente sistematic repetate, de atac fizic, agresivitate verbală şi psihologică, sexuală şi economică, pe care un partener le manifestă asupra celuilalt în cadrul oficializat al familiei sau în relaţia de convieţuire în acelaşi spaţiu" (Turliuc, Dănilă, Lungu, 2008). Violenţa domestică se manifestă întotdeauna în relaţiile intime, cel mai adesea în spaţiul restrâns şi privat.

Violenţa în general şi cea domestică în particular are următoarele componente: directă, structurală şi culturală – între care există relaţii de interdependenţă, de susţinere şi condiţionare reciprocă (Curic şi Văetişi, 2005). *Violenţa directă* este cea mai uşor observabilă formă a violenţei, efectele sale fiind măsurabile, cuantificabile, vizibile. Bătăile, injuriile, ameninţările, privarea de mijloacele de subzistenţă (hrană, haine, medicamente etc.) sau refuzul de a contribui la susţinerea materială a familiei şi luarea banilor câştigaţi de partener (de soţie, cel mai adesea) sunt câteva exemple de comportamente care ilustrează violenţa domestică directă.

Violenţa structurală este cea încastrată în normele sociale, politice şi economice ale societăţii. Structurile sociale, inclusiv familia, reprezintă instanţe care confirmă, menţin şi chiar întăresc inegalitatea dintre bărbaţi şi femei. În familie, aşteptările rolurilor de gen feminin şi masculin sunt clar diferite, bărbaţii continuând să fie consideraţi „Capul familiei" în ciuda unei tendinţe spre o distribuţie mai egalitară a sarcinilor şi rolurilor domestice.

Violenţa culturală reprezintă acele aspecte ale culturii şi mentalităţii specifice unei societăţi care fac ca violenţa să fie acceptată şi tolerată, care o normalizează, care legitimează formele de mai sus ale violenţei. Ea constă într-o serie de credinţe de tipul: „femeia este proprietatea bărbatului", „capul familiei este bărbatul", „femeilor le place să fie abuzate", „un bărbat care nu-şi bate nevasta, nu o iubeşte" sau „bătaia este o formă de exprimare iubirii" etc.

Violenţa domestică este cea mai răspândită, comună formă de victimizare a femeii. În Europa, în fiecare an „sunt grav agresate fizic prin violenţă domestică mai multe femei decât mor datorită cancerului şi accidentelor rutiere" (Adunarea Parlamentului European, 2000).

1.2. Modelul factorilor multicauzali al violenţei intrafamiliale

1.2.1. Familia – context al apariţiei violenţei domestice

Existenţa în cuplu şi în familie creează contextul împărtăşirii unui grad ridicat de intimitate, al unor trăiri extrem de intense şi al unui număr mare de activităţi comune. Pe de o parte, familia este centrul vieţii afective şi subiectul unor mari idealuri, ceea ce explică o parte a atracţiei pe care o exercită. Dragostea, legăturile afective şi sexuale, căsătoria, naşterea copiilor sunt unele din cele mai impresionante experienţe din viaţa noastră. Pe de altă parte, viaţa în cuplul conjugal şi în familie creează şi premisele unor evenimente neplăcute: cearta, gelozia, violenţa, relaţiile extra-maritale, conflictul dintre generaţii, traumele separării, divorţul sau moartea (Turliuc, 2004). Viaţa în familie nu înseamnă doar alianţă şi suport, ci şi posesie şi putere, dominare şi conflict. Considerată „spaţiul celor mai profunde relaţii afective şi al refugiului din calea adversităţilor, familia este cel mai activ centru de agresivitate, poate şi pentru faptul că, în familie fiecare îşi poate dezveli adevărata faţă a personalităţii sale" (Păunescu, 1994, p.90). Nu întâmplător, s-a afirmat că familia reprezintă unul dintre cele mai violente contexte din societate (Straus, 1991). De exemplu, în SUA şansele unui bărbat de a fi agresat de un membru al familiei sale sunt de 20 de ori mai mari, comparativ cu o persoana din afara mediului familial; în cazul femeilor, şansele lor de a fi agresate sunt de 200 de ori mai mari in interiorul familiei; politia primeşte cele mai multe solicitări de a interveni în conflictele

familiale; poliţiştii sunt cel mai frecvent ucişi atunci când intervin în cazurile de violenţă conjugală, comparativ cu toate celelalte acţiuni şi intervenţii specifice (Collins si Coltrane, 2001).

Dintre victimele sale predilecte: *femei, copii şi persoane vârstnice*, primii care au făcut obiectul de studiu al specialiştilor au fost copiii. Bătăile aplicate lor au început să fie catalogate ca deviante la începutul anilor ’60, de către medicii care au definit „sindromul copilului bătut” (cf. Pfohl, 2002). „Sindromul femeii bătute” – propus de Kempe în 1962 şi definit ca o „vătămare deliberată produsă de partener şi demonstrabilă clinic” – este întâlnit în majoritatea cazurilor de violenţă domestică raportate poliţiei. Primele legi care au sancţionat abuzul fizic asupra soţiilor au apărut abia la sfârşitul anilor ‘70 şi începutul anilor ’80. „Sindromul bărbatului bătut” este, conform statisticilor poliţiei, mult mai rar, frecvenţa acestuia fiind de 1-5% din cazuri.

Unele studii care au în vedere efectul sexului asupra violenţei familiale arată că bărbaţii şi nevestele se lovesc cu aceeaşi frecvenţă (Straus şi Gelles, 1987). Totuşi consecinţele violenţei soţilor sunt diferite de cele ale soţiilor. Violenţa bărbatului are consecinţe emoţionale şi de sănătate mult mai serioase pentru familie decât cea a femeii. Femeile bătute devin tot mai incapabile de a face faţă schimbărilor din viaţa lor, trăiesc cu tema următorului atac şi sunt incapabile să caute ajutor, în vreme ce bărbaţii care sunt loviţi de femei continuă să aibă contacte externe, nu devin izolaţi şi sunt, în general, mai mari şi mai puternici decât nevestele lor. Multe din femei reacţionează cu agresivitate pentru a se auto-apăra sau din răzbunare.

În urma unor studii mai recente, Hamberger şi colaboratorii (1997; apud Iluţ, 2005) au evidenţiat că violenţa femeilor diferă de cea a bărbatului nu doar ca tip de reacţie şi ca secvenţă temporală, ci şi ca motivaţie de adâncime: în timp ce femeile se apără pe ele şi pe copii, soţii agresează pentru a domina şi a menţine controlul. Soţii se agresează reciproc, cu intensităţi şi frecvenţe diferite: unii cu totul circumstanţial, o palmă, după care regretă şi îşi cer iertare, alţii cu sadism şi repetat.

În afara sexului, o altă caracteristică generală, cum este vârsta, poate fi implicată în apariţia violenţei în familie. Mamele adolescente prezintă un risc mai mare de a-şi agresa copiii decât mamele mai în vârstă, datorită lipsei de experienţă şi tinereţii sau unui stres situaţional prezent mai crescut. De asemenea, agresarea nevestei este mult mai

probabilă atunci când bărbatul agresor este mai tânăr (Straus şi Gelles, 1987).

O familie conflictogenă, în care violenţa are un grad ridicat de manifestare, devine un focar de producere şi răspândire socială a agresivităţii. Ca adult, copilul va reproduce, adeseori modele de agresivitate însuşite prin socializare în mediul familial. Familia cu manifestări agresive, numai între membrii acesteia, la care copilul nu participă ca actor şi nu este victimă directă, ci asistă ca spectator la descărcările agresive, fie verbale, fie fizice, organizează şi declanşează în structura afectivă a copilului, indirect, un comportament agresiv. Mai mult, pattern-urile disfuncţionale familiale, inclusiv cele conflictuale şi agresive, tind să se transmită transgeneraţional şi să devină şi tot mai problematice.

Straus şi Gelles (1987) indicau 12 caracteristici ale sistemului familial care îl fac mai susceptibil la violenţă, comparativ cu alte grupuri:

1. *timpul mai mare petrecut împreună*;

2. *gama largă de interese şi activităţi* care poate da naştere unor situaţii conflictuale;

3. *intensitatea mare a implicării emoţionale* în relaţiile de tip familial care explică răspunsul mai intens la apariţia conflictelor intra-familiale;

4. *activităţile conflictuale* ale unor membrii ai familiei ca urmare a conflictului dintre interesele individuale şi cele ale celorlalţi;

5. apartenenţa la o familie creează *dreptul de a influenţa* membrii acesteia, 6. diferenţele de vârstă şi sex transformă familia într-o arenă de conflict cultural;

7. *conflictele dintre rolul atribuit şi competenţele/interesele persoanei* care trebui să joace rolul sunt frecvente;

8. *intimitatea mai mare* din cadrul familiei o izolează de controlul social şi de asistenţa externă necesare uneori pentru a rezolva un conflict intern;

9. *apartenenţa involuntară:* constrângerile emoţionale, materiale, sociale şi legale fac mai dificilă părăsirea familiei atunci când nivelul conflictualităţii este ridicat. Copiii nu au nimic de ales atunci când se nasc într-un anumit sistem familial, iar părinţii lor nu au de ales în privinţa îndatoririlor lor parentale, chiar dacă ajung să-şi neglijeze copiii;

10. *nivelul crescut al stresului* ca urmare a schimbărilor majore de structură apărute ca rezultat al parcurgerii ciclului vieţii familiei;

11. *toleranţa faţă de violenţă*, graţie normelor care legitimează utilizarea forţei fizice ca mijloc de educaţie;

12. *socializarea prin violenţă şi generalizarea ei* prin pedepse fizice: copiii învaţă să asocieze dragostea cu violenţa, deoarece în ciuda declaraţiilor de iubire, ei o pot observa atât în interacţiunile părinţilor, cât şi în propria lor experienţă cu părinţii. Această asociere perpetuează violenţa, mai departe, în viitoarele lor relaţii maritale şi familiale.

Ţinând seama de caracteristici sistemelor familiale şi sociale, Strauss (1991) au prezentat cinci factori care pot determina rate ridicate ale violenţei în familie:

1. *conflicte intrafamiliale* – aceleaşi elemente care contribuie la intimitate şi la afecţiune între membrii familiei pot determina şi declanşarea conflictului;

2. *dominaţia bărbatului în familie şi în societate* – soţul este capul familiei şi reprezintă un element dominator în familie şi în societate, iar factorul decisiv în rezolvarea conflictelor este forţa;

3. *normele culturale care permit violenţa în familie* – părinţii au drepturi legale, adesea obligaţia morală, să-şi lovească copiii în scopuri educative;

4. *socializarea familiei în violenţă* – prematura experienţă a copiilor, cu violenţa între părinţi, oferă modele de rol şi un scenariu specific în antrenarea episoadelor violente viitoare;

5. *prezenţa violenţei în societate* – violenţa socială legitimă, care include acte de violenţă acceptate de societate, precum şi contaminarea canalelor din mass-media furnizează modele care sunt preluate la nivelul microstructurilor sociale, creând astfel un cerc vicios al violenţei, în care se evidenţiază un pattern circular.

În ultimele trei decenii, cercetările asupra violenţei în familie s-au concentrat asupra modalităţilor prin care se poate asigura creşterea conştientizării aspectelor implicate în problematica violenţei, identificarea condiţiilor interne şi externe ale familiei ce determină sau facilitează dezvoltarea sau stoparea violenţei, înscrierea violenţei asupra în registrul problemelor sociale şi cuprinderea sancţiunilor pentru agresori în legislaţiile din multe state ale lumii. Cu toate acestea, modernitatea şi condiţia urbană au generat noi forme de violenţă şi au provocat schimbări la nivelul valorilor şi aspiraţiilor indivizilor. Conflictele datorate sărăciei, dar şi lipsei de educaţie şi de informaţie generează contexte de viaţă privată în care violenţa este un comportament tolerat, chiar acceptat, el fiind

învăţat de copii şi reprodus ca modalitate esenţială, frecventă şi normală de comportament interpersonal.

Dizarmoniile intrafamiliale reprezintă „incompatibilităţi relaţionale, cu motivaţie dominantă psihocomportamentală reactivă sau biomedicală" (cf. Pirozynski, 1991, p.303). Intensitatea acestora variază de la interiorizare, cu consum în plan fantasmatic, până la exteriorizarea prin ostilitate agresivă şi violenţă. *Modelul interactiv al factorilor multicauzali ai violenţei intrafamiliale*, elaborat de Pirozynski (1991), include următoarele elemente etiologice: contextul sociocultural, vulnerabilităţile individuale şi familiale, stresorii şi resursele (personale, familiale şi sociale). Modelul sugerează faptul că valorile socioculturale legate de violenţă şi rolurile de gen acţionează pe fondul vulnerabilităţilor şi factorilor stresori, solicitând intrarea în funcţiune în scopul restabilirii homeostazei familiale a resurselor personale, familiale, şi sociale. De asemenea, modelul indică faptul că violenţa, odată ce a fost folosită ca modalitate de împlinire a unor nevoi, tinde să exacerbeze vulnerabilităţile şi stresorii prealabili, contribuind la menţinerea şi intensificarea tendinţei spre violenţă.

1.2.2. Contextul socio-cultural

Violenţa familială a fost mult timp ignorată sau/şi tolerată. Dominaţia masculină, instituţionalizată de timpuriu în raporturile de putere dintre bărbat şi femeie, a avut drept scop anularea privilegiului natural al femeii (capacitatea sa de a procrea, de a asigura perpetuarea speciei) şi a posibilităţii ei de a-l utiliza în raporturile de putere, pentru a-şi impune propria ordine simbolică. În plus, stereotipurile cu privire la femei apar şi ca refugiu al gândirii masculine din faţa trăirilor intense declanşate de prezenţa feminină. Asocierea femeilor cu spaţiul domestic şi a bărbatului cu domeniul public, comunitar, a devenit o regulă menită să asigure poziţia dominantă a bărbatului şi excluderea femeii (apud. N. Turliuc, 2004).

Subordonarea femeii faţă de bărbat s-a realizat mai ales prin trecerea de la poligamie la monogamia în care relaţiile extramaritale şi infidelitatea au rămas privilegii exclusive bărbaţilor, femeii pretinzându-i-se fidelitatea absolută. Încălcarea acestor reglementări şi comiterea adulterului era trecută cu vederea la bărbat, iar femeia era pedepsită cu moartea. Violenţa a fost *instituţionalizată* în mediul familial prin intermediul

legilor mariajului, care au acordat soţului putere asupra soţiei şi copiilor lui.

Dreptul explicit al soţului de a utiliza forţa fizica împotriva soţiei a fost recunoscut prin lege din timpul Imperiului roman şi până nu demult. Abuzul fizic asupra soţiei a fost legal în SUA, de exemplu, până în 1870 şi a rămas o realitate frecventa şi după această dată (Stets, 1988). La noi, în prima formă a Codului civil (1865) din Vechiul Regat, raporturile dintre soţi erau dominate de principiul *puterii maritale* a soţului (decretat „cap de familie"), femeia fiind lipsită de drepturi (inclusiv politice), realitate juridică rămasă valabilă până la Constituţia comunistă din 1948. Aceasta din urmă a introdus principiul egalităţii depline în faţa legii a tuturor cetăţenilor fără deosebire de sex (art. 16), reluat ulterior în Codul familie din 1953 (modificat, completat şi republicat în 1956) sub forma „deplinei egalităţi în drepturi a celor doi soţi". Această normă juridică a avut în mare parte un caracter formal, realitatea trăită în interiorul familiei fiind foarte diferită de cea indicată în teoria politică şi legislaţie. Ajutaţi de implicarea superficială a statului în respectarea drepturilor maritale egale ale soţilor, bărbaţii au continuat „să-şi ţină soţiile la locul lor" prin abuzul emoţional, verbal sau fizic. Şi astăzi există un număr relativ mare de persoane care consideră că este acceptabil ca un soţ să-şi lovească soţia în anumite condiţii.

Atitudinea de acceptare a violenţei are tendinţa de a fi privită ca un mediator între expunerea la agresivitate în copilărie în familia de origine şi comportamentul agresiv manifestat ulterior în relaţia cu partenerul de cuplu. Atitudinea faţă de violenţa asupra soţiei poate fi definită ca o atitudine discriminatorie care are la bază prejudecata statutului social inferior al femeii comparativ cu cel al bărbatului. Această prejudecată „devine manifestă într-un context socio-cultural, care cultivă valori legate de acceptabilitatea violenţei ca mijloc de a rezolva un conflict, caracterul de afacere privată al familiei, aflată sub controlul bărbatului, valori care le dau, în mod tacit, bărbaţilor dreptul de proprietate asupra femeilor" (Institutul de Cercetarea şi Prevenirea Criminalităţii, 2000. p.6).

Educate mult timp să fie supuse, dependente şi pasive în relaţia cu soţii lor, femeile au fost încurajate să menţină unitatea şi climatul familial armonios. În ultimul deceniu, s-au înregistrat schimbări radicale în ceea ce priveşte familia, valorile sale şi rolurile de gen maritale. Schimbările sociale determinate de procesele de mobilitate, industrializare, urbanizare, modernizare au antrenat această ruptură faţă de modelele

tradiţionale. Ieşirea în spaţiul public şi profesional, accesul la tot mai multe resurse a modificat balanţa puterii dintre partenerii intimi. Femeia a devenit mai activă, mai asertivă, dar şi mai agresivă, mai puţin implicată în realizarea funcţiilor de creştere şi socializare a copiilor sau de menţinere a armoniei familiale.

Violenţa în cadrul familiei poate fi privită şi ca produsul unei violenţe generalizate la scară socială; ea reproduce tendinţele de creştere a agresiunilor în societate. Studiile indică exista unei corelaţii pozitive semnificative între nivelul violenţei familiale şi cel al violenţei societale sau între frecvenţa violenţei familiale grave, de tip infracţional, şi cea comportamentelor infracţionale realizate în afara acestui context. De asemenea, în perioadele de tranziţie, caracterizate prin anomie şi printr-o mai mare instabilitate economică există o tendinţă de creştere a numărului de conduite antisociale, fapt vizibil la noi după 1989, inclusiv a violenţei domestice.

Violenţa în familie este o realitate cu care se confruntă toate regiunile globului. În cazul violenţei domestice asupra femeii, de pildă, un studiu realizat în Germania (Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth BMFSF, 2004) indica faptul că una din patru femei a trecut prin experienţa violenţei fizice sau sexuale din partea partenerului (adică 25%). Potrivit British Crime Survey (citat de Walby şi Allen, 2004), în M.B. 21% din femei au fost victima violenţei fizice sau psihologice a partenerului cel puţin o data în viaţă. Un studiu realizat în Finlanda (Heiskanen and Piispa, 1998) indica faptul că 20% dintre femeile care o relaţie au răspuns că au suportat violenţa partenerului. Există însă anchete şi studii care arată că între 30 şi 70% dintre femei suportă violenţa fizică şi psihologică din partea partenerului, iar datele din România sunt foarte asemănătoare. Aceste rezultate pot indica existenţa unor tendinţe de creştere a violenţei intrafamiliale, a stigmatizării publice a violenţei, a percepţiei sale ca o problemă sau ca fapt infracţional. Rezultatele pot indica şi tendinţa de diminuare a caracterului secret şi a suportului social acordat acestui fenomen. Situaţia copiilor sau a vârstnicilor abuzaţi nu diferă chiar atât de mult de cea a femeilor.

Violenţa generată în familie conduce la o societate violentă şi, invers, o societate care acceptă violenţa în sfera vieţii publice, accentuează tendinţele violente în cadrul familiei, transmiţându-le, de-a lungul generaţiilor. De asemenea, este evident faptul că dincolo de suferinţa extrem de intensă, violenţa în familie implică importante costuri atât

pentru familie, cât şi pentru societate.

1.2.3. Vulnerabilitatea familială şi individuală

Produs al modului în care este distribuită structura de putere în familie, cât şi al modului în care aceeaşi structură de putere este răspândită în societate, violenţa împotriva persoanelor cu care oamenii se află în relaţiile cele mai apropiate este cea mai răspândită formă de agresivitate. Violenţa individuală este consecinţa experienţelor din cadrul procesului de socializare, al caracteristicilor individuale şi familiale.

Expunerea la violenţă şi experienţa violenţei într-o generaţie creşte probabilitatea de apariţie a violenţei la generaţiile următoare. Climatul marcat de violenţă determină în cazul copiilor, care provin din aceste medii, prezenţa sentimentelor de insecuritate, abandon, de spaimă şi de culpabilitate. În unele cazuri, copilul deplasează violenţa din familie asupra relaţiilor sale, favorizând apariţia devianţei comportamentale sau poate adopta un comportament mai matur, care îi afectează relaţiile cu co-vârstnicii. Potrivit lui Bandura, agresivitatea tinde să influenţeze modelele de comportament ulterioare, copiii şi tinerii fiind înclinaţi să se identifice cu agresorul, iar observaţiile clinice vin în sprijinul ideii că băieţii mamelor maltratate tind să se poarte agresiv, cu acestea. Tatăl oferă un rol violent pentru fii, în timp ce mamele oferă un model de rol corespunzător, pentru fete. Gradul în care un adult este afectat de expunerea la violenţă din copilăria sa depinde de stadiul de dezvoltare în care erau în momentul realizării actelor de violenţă. Gelles (1987) aprecia că atunci când expunerea se realizează la vârste mai mici, indivizii pot fi mai puternic afectaţi (de exemplu: făcându-i să utilizeze comportamente violente împotriva altora într-o formă imatură, regresivă, pentru tot restul vieţii).

Caracteristicile familiei. Maltratarea fizică a soţiei de către soţ este o formă a violenţei domestice, la care se mai pot adăuga orice acte de abuz care au ca scop intimidarea, rănirea, umilirea sau jignirea partenerului de cuplu, inclusiv izolarea sau alungarea lui din cămin. Agresiunea întreprinsă de soţ este mult mai gravă şi mai periculoasă întrucât puterea fizică a bărbatului poate provoca traume mai serioase, se pot repeta, în timp ce actele de violenţă ale soţiei sunt acte de legitimă apărare. O pondere importantă din actele de maltratare întreprinse de soţ au loc în perioada în care femeia este însărcinată.

În raportul dominare-supunere, cel care domină are o judecată morală imatură, violenţa sa luând o formă punitivă. Cel puternic va găsi explicaţii pentru apariţia disconfortului său în conduita inadecvată a celui mai slab. În absenţa unei gândiri mature, a unei cunoaşteri corecte a nevoilor, a afecţiunii pentru toţi membrii familiei, violenţa se instalează cu uşurinţă în relaţiile dintre membrii familiei, luând diferite forme.

În spaţiul privat al căminului, nu există locuri sigure, în care victimele să se poată proteja, să se refugieze în momentele dificile, întrucât agresorul are un control total asupra lor, fapt care amplifică teroarea şi neputinţa lor, respectiv soţia şi, în unele cazuri, copiii (A. Muntean, 2003). De aceea, toţi membrii familiei violente vor deveni victime directe sau indirecte ale agresorului. Victima îşi pierde încet stima de sine şi va încerca să facă faţă situaţiei, violenţa domestică ducând la modificări de structură a personalităţii tuturor celor implicaţi. Caracterul secret, privat face ca victima să aibă un acces mai mic la sursele de sprijin.

Conştiinţa devianţei comportamentelor agresive în familie, eticheta sau stigmatul care însoţeşte familia violentă, conduc la ascunderea evenimentelor agresive, la evitarea intervenţiei societăţii, pe care nu o consideră salvatoare, ci mai mult încărcată de dezaprobare. La început, victimele surprinse de agresiune au intenţia de a căuta ajutor, de a se confesa celor apropiaţi pentru ca, în timp, ele să renunţe să facă acest lucru deoarece se supun ordinelor mai mult sau mai puţin explicite ale agresorului de a-şi îndepărta familia de prieteni sau cunoştinţe la care ar putea recurge în momentele dificile.

Sindromul femeii bătute a fost descris de Kempe, în 1962, ca cea mai expresivă formă de violenţă maritală, ce implică refuzul sexualităţii, gelozie, frigiditate, violenţă sexuală, alcoolism şi în care femeia-victimă îndelung abuzată poate recurge la abandon familial şi tentative sau acte autolitice. Probabilitatea de violenţă conjugală este mai mare în acele familii în care soţia este dependentă economic şi unde întreaga putere de decizie aparţine soţului. Probabilitatea este şi mai mare dacă soţul a fost, el însuşi, socializat într-un climat de violenţă familială, într-un cămin în care părinţii săi erau angajaţi frecvent în acte violente, unde rezolvarea conflictelor are loc, în mare parte, prin mijloace agresive.

Conflictele şi actele de violenţă mai apar şi în familiile în care soţii au poziţii şi mentalităţi culturale diferite, care dau naştere unor atitudini şi valori opozante. Abuzul contra soţiei începe de timpuriu, adeseori chiar în primii ani ai formării cuplului, primul

incident mai grav producându-se, în multe cazuri, în timpul perioadei de sarcină a partenerei. Fiecare abuz creşte probabilitatea comiterii altor abuzuri sau acte de violenţă din ce în ce mai grave. Calitatea scăzută a relaţiei maritale şi nivelul ridicat al stresului marital favorizează producerea violenţei.

Dintre *caracteristicile individuale*, abuzul de alcool şi psihopatologioa agresorului sunt printre principalele cauze ale violenţei domestice.

Consumul de alcool şi agresivitatea sunt asociate. Datele sunt însă adesea contradictorii: pe fundalul consumului de alcool unele indică creşterea sentimentelor pozitive, iar altele creşterea semnificativă a ostilităţii şi a fantasmelor agresive măsurate cu TAT-ul sau ale iritabilităţii, nervozităţii şi agresivităţii (de ex., Moyer, 1987). Consumul de alcool, mai frecvent la bărbaţi, determină un nivel crescut de agresivitate, inducând schimbări caracteriale (gelozie, impulsivitate, disforie), reducerea capacităţii de dezangajare în activităţile cu potenţial infracţional, dezinhibiţie, diminuarea autocontrolului şi a capacităţii de judecată. Alcoolicul intră în stări de furie şi agitaţia care pot degenera în cate de mare violenţă. Partenera are rol de potenţare sau de provocare. Ea întreţine, chiar dacă inconştient, tensiunea afectivă a soţului care, datorită alcoolului va trece la exteriorizarea acestei tensiuni. Continuumul tensiune act se prezintă astfel: „iritabilitatea – conflictualitate – provocare pasivă/activă – explozivitate – act agresiv (agresivitate slab controlată, verbalizată prin apostrofări reprobabile, reproşuri şi sau molestări corporale)”, nota T. Pirozynski, 1991, p.312).

În cazul alcoolismului la femei, deşi acesta prezintă caracteristici psihopatologice comune tuturor alcoolicilor, un rol important îl au factorii socioculturali care determină statutul femeii în societate. Toleranţa socială mai redusă faţă de consumul de alcool la femei explică şi caracterul lui secret şi sentimentul mai mare al culpabilităţii. Abuzul de alcool la femei se asociază de regulă cu traumatizarea psihică şi antecedentele familiale care conduc la dereglarea personalităţii copilului.

Cert este faptul că, 65% dintre omucideri sunt realizate pe fondul consumului de alcool. Alcoolul se asociază şi cu infracţiunile mai violente comise de femei. Un studiu asupra criminalităţii feminine în California indica faptul că 55% dintre omucideri, 62% dintre vătămările corporale şi 43% dintre furturile realizate de femei au fost realizate pe fondul consumului de alcool (Moyer, 1987).

În context *psihopatologic*, potenţarea auto- sau heteroagresivităţii creşte prin diminuarea autocontrolului, stabilind o legătură între comportamentul patologic şi perturbările instinctiv emoţionale ale personalităţii. În legătură cu aspectele psihopatologice, V.T. Dragomirescu (1967) distinge trei categorii de comportamente agresive:

- comportamentul agresiv nediferenţiat, ocazional, care nu activează un fond morbid preexistent;
- comportamentul agresiv delictual propriu-zis, care are un caracter polimorf, permanent, susţinut de factori negativi din mediul social. Acest comportament este mai frecvent la persoanele fără tulburări ale funcţiei cognitive sau care sunt la graniţa dintre normal şi patologic, traducând mai mult o agresivitate constituţională;
- comportamentul agresiv patologic, care este expresia psihozelor evolutive (schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă, delirul de prejudiciere din psihozele senile). În psihoze, bolnavii pot comite acte de auto- şi heteroagresiune datorită delirurilor halucinatorii sau datorită unor fenomene obsesivo-fobice puternice.

Deşi iniţial cercetările în ceea ce priveşte factorii predictivi ai violenţei în familie erau centrate pe psihopatologia agresorilor, ulterior s-a demonstrat că psihopatologia individuală este responsabilă doar pentru un număr mic de cazuri de abuz. Toleranţa socială mai scăzută a abuzului împotriva persoanelor vârstnice face ca agresorul să fie considerat în acest caz dereglat psihic pentru a comite o astfel de faptă. Chiar dacă nu s-au găsit diferenţe psihopatologice semnificative între agresori şi nonagresori, anumite caracteristice ale personalităţii (un comportament înclinat spre violenţă, negativitate, stimă de sine mai scăzută, abilitate scăzută de a relaţiona etc.) par a fi mai pregnante.

Steele şi Conger (1979) susţin că membrii de familiei care devin abuzivi au o stimă de sine mai scăzută, deseori se simt neajutoraţi şi utilizează violenţa pentru a câştiga sentimentul de putere, iar Hotaling şi Sugarman (1986) concluzionau că bărbaţii agresori sunt mai puţin asertivi şi posedă resurse economice şi educaţionale mai scăzute decât bărbaţii nonviolenţi (apud Hearn, 1998). Mai mult, bărbaţii care îşi agresează sexual copiii au probleme de relaţionare cu femeile adulte şi recurg la o relaţiei mai sigură şi mai puţin ameninţătoare pentru a se asigura de propria lor masculinitate. Cei care îşi agresează nevestele au fost descrişi ca fiind mai posesivi şi mai geloşi decât cei

care nu-şi agresează nevestele. Un grad mare de suspiciune poate fi corelat cu gelozia şi dependenţa agresorului bărbat.

Indivizii diferă între ei şi din punctul de vedere al abilităţii de a face faţă stresului. Agresorii fac faţă stresului folosind mecanisme precum negarea sau reprimarea efectelor comportamentului agresiv. Aceste operaţii defensive folosesc drept justificări ale propriilor comportamente.

1.2.4. Stresorii orizontali şi verticali

Violenţa intrafamilială apare pe fondul unui climat de patologie relaţională, de disarmonie conjugală, care face din familie o instituţie anomică, alienantă şi psihopatogenă, în loc de a fi sanogenă. Există dovezi numeroase că stresul familial creşte în preajma puntelor de tranziţie, creând în mod frecvent dizarmonii, conflicte şi simptome. Hadley şi colaboratorii săi (1974; apud Carter şi McGoldrick, 1988) au indicat faptul că instalarea simptomelor este corelată semnificativ cu crizele de dezvoltare ale familiei, de adăugare sau pierdere a membrilor.

Variatele evenimente care afectează în timp familia care pot favoriza apariţia violenţei în familie. Curentul anxietăţii familiale se datorează stresoriilor *orizontali* (de dezvoltare, cei neprevăzuţi sau evenimentele precipitatoare) şi celor *verticali* (modele familiale, mituri, secrete, aşteptări), afirmau Carter şi McGoldrick, (1988). Dacă axa orizontală conţine „suficient” stres, acesta va fi suficient pentru a face familia disfuncţională. Dar, un stres orizontal minor, acompaniat de unul vertical intens poate produce perturbarea sistemului. Gradul de anxietate al familiei este determinat modul de combinare al stresorilor orizontali şi verticali. Devine astfel obligatoriu să luăm în considerare numeroasele legături ale schimbărilor predictibile sau nu cu temele familiale, triunghiurile, coaliţiile şi etichetările transmise transgeneraţional.

Stresorii de dezvoltare se referă la schimbările intervenite ca urmare a trecerii de la un stadiu al ciclului vieţii familiale la altul, care deşi sunt mai previzibili pot face familiile mai susceptibile la violenţă. Anxietatea familială creşte în prejma punctelor de tranziţie de un stadiu de dezvoltare la altul, când posibilitatea apariţiei şi dezvoltării de disfuncţii şi conduite simptomatice creşte. Studiile sugerează faptul că în timpul sarcinii şi după naşterea copilului violenţa manifestată de soţ asupra soţiei creşte (Carter şi

McGoldrick, 1988). Putem considera că acest abuz se datorează stresorilor situaţionali, ţinând de momentul dezvoltării, la care se adaugă şi factorii preexistenţi în familie. Deseori, stresul este rezultatul unei sarcini nedorite, extrem de neconvenabile, care secătuieşte resursele familiei (Hearn, 1998).

Crosby (1985) a analizat răscrucile sau nodurile de bază din cadrul evoluţiei sistemului familial, noduri în care stresul atinge cote înalte, indivizii fiind puşi în faţa unor alegeri dificile. Atunci când alegerea trebuie făcută între două alternative, ambele cu consecinţe negative, individul se poate simţi frustrat datorită obligaţiei de a alege şi datorită consecinţelor. Dintre cele 9 noduri, cele care implică mai mult stres sunt:

1. *Nodul de creştere* – cauzat de dorinţele conflictuale privind auto-împlinirea şi autorealizarea, pe de o parte şi securitatea şi stabilitatea, pe de altă parte.
2. *Nodul de identitate în căsătorie* – acţionând şi gândind împreună, devenind mai asemănători, acest model de conduită poate afecta treptat dezvoltarea personală conducând la dezechilibrarea balanţei dintre identitatea personală şi cea de cuplu.
3. *Legătura de transfer* – apare atunci soţului tinde să i se transfere sentimente şi atitudini adresate de fapt unei terţe persoane. Este cunoscut principiul conform căruia frustrările şi insatisfacţiile a căror origine este exterioară familiei se exprimă în mediul familial, persoanele apropiate servind drept ţintă a defulărilor.

Stresorii imprevizibili sunt „întâmplările şi săgeţile ale sorţii cumplite” (Carter şi McGoldrick, 1988), care pot disloca procesele ciclului vieţii familiale: şomajul, moartea timpurie, naşterea unui copil cu handicap, bolile cronice sau cu risc vital etc. De exemplu, dacă părinţii cuiva şi-au dorit copilul şi şi-au îndeplinit îndatoririle parentale fără prea multă anxietate, naşterea primului copil va produce un stres de dezvoltare firesc extinderii graniţelor sistemului familial. Dacă parentalitatea a fost însă dificilă în familia de origine a unuia sau ambilor soţi, tranziţia la parentalitate poate produce o anxietate crescută capabilă să producă diverse disfuncţii, inclusiv violenţă.

Mai ale în perioadele de tranziţie, caracterizate prin incertitudine, relativizare normativă şi valorică, stresorii neaşteptaţi sunt mai numeroşi şi mai prezenţi în cauzalitatea violenţei domestice. Astfel şomajul creşte riscul de apariţie al abuzului de orice fel. *Şomajul* induce soţului o stare marcantă de inferioritate socială şi un sentiment de devalorizare a cărui intensitate variază în funcţie de poziţia din cadrul familiei, fiind

însoţit de o pierdere a prestigiului său de „cap de familie”. În esenţă, şomajul induce bărbatului un profund sentiment de ruşine, dar şi reacţii extrem de agresive la adresa societăţii şi familiei.

Perioadele de criză economică asociate cu pierderile de slujbe şi de resurse financiare pot conduce la accentuarea *sărăciei.* Aceasta corelează pozitiv cu şomajul, numărul mare de copii, existenţa unor copii ne-doriţi sau cu consum exagerat de alcool. În aceste familii, caracterizate de sărăcie şi inegalitate între membrii, violenţa soţului se manifestă cu duritate, cu o poziţie dominatoare şi autoritară asupra soţiei. Un factor determinant al numeroaselor conflicte conjugale este *modul in care este administrat şi cheltuit bugetul familial* de către unul sau altul dintre parteneri, din cauza sărăciei, a lipsei resurselor financiare, mai ales când soţul este şomer, iar bugetul familial este insuficient pentru a asigura trebuinţele absolut necesare familiei. De asemenea, *dependenţa economică a femei sau accesul ei mai limitat pe piaţa muncii* datorită nivelului de instruire mai redus poate contribui, în mare măsură, la apariţia conflictelor conjugale.

Evenimentele precipitatoare imediate sunt extrem de diverse. Când abuzul apare într-o familie, agresorul dă vina pe un eveniment precipitant specific. De exemplu, mama poate spune că şi-a lovit copilul deoarece acesta i-a răspuns inadecvat la o solicitare, soţul că şi-a molestat fiica deoarece soţia lucrează nopţile şi este indisponibilă pentru el. Deşi toţi copii pot fi uneori obraznici, toate soţiile îşi dezamăgesc uneori soţii, tuturor adulţilor li se rănesc uneori sentimentele şi în toate familiile copiii pot rămâne acasă cu un singur părinte, rezultatul acestora situaţii nu este abuzul. Evenimentul precipitator nu este prin urmare şi cauza abuzului. Violenţa este cauzată de o multitudine de factori, unici în cazul fiecărei familii.

Stresorii verticali includ modele de relaţionare şi funcţionare care se transmit de sus în jos, de-a lungul generaţiilor, în principal prin intermediul triunghiurilor emoţionale, (M. Bowen, 1978, Carter şi McGoldrick, 1988). Aceşti stresori includ atitudini, tabuuri, aşteptări, etichetările familiei şi multe alte aspecte cu care ne-am familiarizat de timpuriu, în procesul socializării. Aceste aspecte ne sunt date, gata făcute. Ceea ce facem noi cu ele este însă problema noastră personală. Există însă dovezi că evenimentele din ciclul vieţii familiale au un impact prelungit asupra dezvoltării familiei de-a lungul unei perioade mari de timp.

Decesul, naşterea, intrarea copilului în scoală, incestul, boala, majoratul, şomajul, sărăcia etc. contribuie la nivelul anxietăţii şi stresului din familie, la felul în care familiile parcurg ciclul vieţii familiale. Aceşti stresori acţionează întotdeauna într-un anumit contextul sociocultural. Copilăria a fost descrisă ca fiind invenţia vestului european în secolul al XVIII-lea, adolescenţa ca invenţia secolului al XIX-lea (Ph. Ariès, 1962), în strânsă legătura cu contextul cultural economic, şi politic al epocilor respective. Fazele cuibului gol şi ale familiei la vârsta a treia şi a patra pot fi caracterizate ca dezvoltări ale secolului al XX-lea, la fel ca şi căsătoriile seriale, apărute ca urmare a ratei ridicate a divorţialităţii.

Familiilor le lipseşte perspectiva temporală atunci când au probleme. Anxietatea ridicată trăită explică tendinţa membrilor familiei de a mări şi exagera momentul prezent, fiind copleşite şi paralizate de sentimentele lor imediate sau se fixează pe momentul viitor de care sunt îngrozite. Terapia caută să redea familiei sensul vieţii: mişcarea ei firească pe axa temporală dinspre trecut, prin prezent, spre viitor.

1.2.5. Resursele şi suportul social

Resursele se referă la capacitatea individului şi a familiei de a face faţă cerinţelor şi stresului de zi cu zi, de a depăşi dificultăţile fără a recurge la violenţă şi alte conduite dezadaptative. Aceste resurse sunt împărţite de McCubbin şi Figley (1983, apud. Gelles, 1987) în următoarele categorii: personale, ale sistemului familial şi ale suportului social.

Resursele personale. Resursele individuale se referă la gama de caracteristici ale membrilor familiei care le sunt potenţial disponibile în momentele de criză. Când membrii familiei posedă suficiente resurse adecvate, sunt mai capabili să facă faţă stresului şi vulnerabilităţilor. Există patru componente de bază ale resurselor personale: cea financiară (bunăstarea economică), educaţională (contribuind la abilitatea cognitivă ce facilitează percepţia realistă a stresului şi la dezvoltarea abilităţilor de rezolvare a problemelor), sănătatea (bunăstarea fizică şi emoţională). Lipsa resurselor financiare sau sărăcia creşte riscul violenţei în familie. Dar violenţa apare la toate la nivelurile socio-economice, nefiind cauzată doar de sărăcie. Oricum, familiile sărace ar putea duce lipsă de resursele necesare pentru a face faţă stresorilor obişnuiţi care apar în sistemul familial. Sărăcia atacă stima de sine şi conduce adesea la disperare, care poate deveni un teren

propice pentru violenţă. De aceea, stabilitatea financiară este o resursă importantă. O femeie cu resurse financiare îşi poate părăsi soţul abuziv, poate plăti un proces de divorţ costisitor, sau poate angaja o bonă pentru a scăpa de stresul provocat de un copil extrem de solicitant. O familie cu resurse, care are probleme de relaţionare, îşi poate permite să înceapă o terapie înainte ca violenţa să înceapă sau să fie prea mult escaladată.

Educaţia este o resursă în multe sensuri, dar mai ales în direcţia prevenirii victimizării femeii şi copilului. Eforturile de prevenire făcute de profesionişti, cele de convertire a persoanelor vulnerabile în persoane mai puternice şi de schimbarea a condiţiilor sociale asociate cu vulnerabilitatea, vor ajuta mult la prevenirea unor forme de abuz.

Sănătatea fizică, emoţională şi celelalte resurse psihologioce sunt de asemenea factori importanţi în reducerea posibilităţii de apariţie a abuzului. De exemplu, persoanele cu stimă de sine ridicată, cu abilităţi de a face faţă crizei şi care sunt în general non-violente vor face faţă stresului şi anxietăţii într-o manieră mai adecvată, fără să ajungă la violenţă.

Resursele familiale. În depăşirea vulnerabilităţilor şi stresului, două resurse ale familiei sunt mai importante: coeziunea şi adaptabilitatea (Olson şi colab., 1979). *Coeziunea* este definită prin legătura emoţională dintre membrii familiei şi prin gradul autonomiei individuale trăite de fiecare individ în parte în familie sau în cuplul marital. Ea este strâns legată de axa dezangajare-înlănţuite, descrisă de Minuchin (1974). *Adaptabilitatea* familială indică măsura în care familia permite schimbarea structurilor de putere, a rolurilor şi regulilor ca răspuns la un stres situaţional sau de dezvoltare (morfogeneză) şi cât este de stabilă familia (morfostază). Funcţionarea satisfăcătoare a cuplului marital sau a familiei reclamă ambele elemente: stabilitatea şi capacitatea de schimbare.

În cazul ambelor aspecte (coeziune şi adaptabilitate), este preferabil să existe un echilibru între cele două extreme. Însă, situaţia considerată ideală variază mult de la o cultură la alta. În unele societăţi, extrema unei axe sau alta poate fi valorizată. În societăţile de tip european, familiile care funcţionează moderat din punctul de vedere a celor două dimensiuni au şanse mai mari de a se adapta cu succes la momentele de criză. Prea multă coeziune poate duce la fixarea familiei, ca şi cum ar fi prinsă într-o pânză de

paianjen”, iar prea multă adaptabilitate va duce la haos în familie. În acelaşi timp, prea puţină coeziune duce la neimplicare şi prea puţină adaptabilitate duce la rigiditate (apud Straus, 1980).

Reţeaua socială. Am văzut că atmosfera sau climatul familial depinde atât de compoziţia numerică a familiei, cât şi de tipul relaţiilor intrafamiliale, de criteriile, valorile personale de selecţia partenerilor, de gradul de coeziune şi de adaptabilitate, de rezidenţă în faţa frustrărilor a membrilor care o compun, de statutul economic, de prezenţa sau absenţa copiilor, de nivelul educaţiei, de nivelul statusului ocupaţional. Ea depinde şi participarea la servicii religioase, de calitatea contactelor cu rudele şi prietenii.

O resursă importantă este existenţa unei reţele puternice ale suportului social. Violenţa apare mult mai rara în familiile care întreţin contacte numerose cu exteriorul lor. Izolarea socială este corelată cu abuzul ridicat al copiilor, soţiei şi a persoanelor vârstnice (Straus, 1980). Young (apud Gelles, 1987) arăta că 85% dintre familiile cu abuz sever şi 83% dintre cele cu abuz moderat nu întreţin relaţii cu persoane din afara familiei nucleare. Aceste familii nu prea primesc ajutor de la rude.

Familiile incestuoase îşi protejează secretul construind bariere între sistemul familial şi mediul social. Această izolare ocroteşte supradependenţa inadecvată dintre membrii familiei. Izolarea victimei se realizează adesea prin denigrarea acesteia în faţa rudelor şi prietenilor, ceea o conduce la evitarea contactelor sociale pentru a scăpa de jenă şi ruşine. Uneori izolarea se produce datorită presiunilor făcute în această direcţie de soţ şi datorită fricii de a nu-şi înfuria soţul.

Truninger (1971) a evidenţiat că decizia soţiei de a căuta ajutor este mai probabilă cu cât violenţa la care este supusă, este mai frecventă şi mai severă. Femeile caută intervenţia sau ajutorul extern doar atunci când sunt grav abuzate. De asemenea, cu cât femeia a fost victimă a părinţilor în familia de origine, cu atât mai mult va fi tentată să rămână alături de soţul abuzator. O posibilă explicaţie este aceea că faptul de a fi victimizat în copilărie creşte toleranţa femeii adulte la violenţă. Factorii ocupaţionali şi educaţionali sunt asociaţi cu decizia de a rămâne alături de soţii abuzivi. Femeile care nu solicită intervenţia sunt mai puţin probabil să fii terminat studiile sau să lucreze. Cu cât resursele femeii sunt mai reduse, cu atât puterea pe care o are este mai mică, cu atât va fi mai prinsă în acest mariaj, la dispoziţia soţului, fără a cere intervenţia exterioară.

Neintervenţionismul, tendinţa celorlalţi de a trece sub tăcere astfel de manifestări, conduc la creşterea neîncrederii şi scepticismului victimei cu privire la posibilităţile de salvare, de a fi sprijinită în demersurile ei de autoprotejare, a ei şi a copiilor.

Toleranţa socială faţă de fenomen şi consimţirea tăcută a violenţei în familie reprezintă o caracteristică a multor societăţi. O dovadă a acestei superficialităţi este absenţa serviciilor speciale pentru victimele violenţei domestice, femei şi copii, servicii de îngrijire superficiale, absenţa interesului pentru cunoaşterea cauzelor rănilor pe care le îngrijesc şi întâmpinarea victimelor cu reticenţă. În plus, s-a evidenţiat că uneori, „tocmai rudele şi prietenii pot fi suportul anumitor tipuri şi grade de violenţă" (Straus, 1980). Fenomenul de violenţa familială este mult mai frecvent şi mai amplu în mediile subculturale, cu carenţe educaţionale, la structurile psihice primitive, cu autocontrolul comportamental slăbit sau suprimat, adesea în condiţiile consumului de alcool „cronic" sau „excesiv".

Absenţa specialiştilor, a legilor şi serviciilor, precum şi toleranţa mentalităţii transformă fenomenul de violenţă domestică într-o maladie socială puţin cunoscută şi ignorată, manifestările ei, în timp, sunt tot mai periculoase. Pericolul cu care se confruntă victimele devine tot mai amplu, îmbinând variate şi multiple forme. În aceste condiţii, asigurarea suportului social este o parte vitală a oricărui program destinat eliminării violenţei.

1.3. Unele dificultăţi în investigarea fenomenului

1.3.1. Miturile cu privire la violenţa domestică

Ceea ce aşteaptă indivizii dintr-o cultură de la bărbaţi şi femei, de la taţi şi mame, se confundă adesea cu stereotipurile care circulă cu privire la aceste aşteptări. Aceste clişee sunt de multe ori afirmaţii false sau false credinţe, dar care la nivelul conştiinţei comune au valoare de adevăr şi consecinţe acţionale importante (Iluţ, 1995). Din păcate, aceste credinţe sunt parte a violenţei culturale care justifică producerea şi transmisia violenţei domestice, care legitimează violenţa directă fizică sau psihologică şi cea structurală.

Există numeroase mituri şi stereotipuri despre femeia bătută care impun mai multe bariere în calea studierii şi înţelegerii adecvate a fenomenului. Femeia bătută este

adesea descrisă ca fiind neputincioasă, fragilă, istovită, care odată a fost drăguţă; are copii mici, nu este pregătită pentru nici o muncă şi este dependentă de soţ; face parte dintr-un grup minoritar sau aparţine clasei de jos, fiind învăţată cu violenţa (Hearn, 1998). Cercetările lui Walker (1984) arată că aceste credinţe sunt în majoritatea cazurilor simple stereotipuri, de oarece numerose femei bătute aparţin clasei de mijloc şi superioare a societăţii, unde puterea stă în mâinile soţului. Concluzia lui Wlaker a fost aceea că femeile bătute se regăsesc în toate rasele, culturile, religiile, nivelele educaţionale şi economice.

Câteva dintre miturile mai frecvent întâlnite cu privire la violenţa domestică asupra femeii, variantele realiste şi implicaţiile acestor falsele credinţe sunt următoarele:

1. *Violenţa domestică apare în familiile cu un statut economic şi social scăzut.*

În realitate: violenţa domestică poate fi întâlnită în toate clasele şi categoriile sociale, familiile cu un statut superior fiind mai tentate să o ascundă perspectivei publice. Ele au un statut şi o imagine de apărat, „pierderile" în cazul expunerii publice fiind mai importante.

Consecinţele: violenţa domestică tinde să fie subevaluată şi mai rar identificată şi diagnosticată (inclusiv în terapia de familie), ceea ce conduce la perpetuarea acestui mit.

2. *Unele femei merită să fie bătute, ele îl provoacă pe agresor.*

În realitate: nu există justificări pentru violenţa domestică. Deşi în terapia se consideră că la orice patern interacţional contribuie ambii parteneri, acest lucru nu se valabil şi în cazul violenţei domestice. Nici o reacţie a partenerului nu justifică violenţa. De prea puţine ori violenţa este punctul culminant al unei dispute şi de cele mai multe ori femeile nu primesc semnele premergătoare actului. Multe femei tind să evite episoadele violente şi indiferent de acţiunile lor ele riscă să fie abuzate.

Consecinţe: la nivelul simţului comun, femeile bătute sunt cele sfătuite să-şi îmbunătăţească abilităţile de a face faţă agresorului („Nu-l supăra, provoca!"). Fie că este vorba de un prieten, de medic sau poliţie, ea este întrebată ce a făcut, cum şi-a provocat partenerul.

3. *Bătaia este rezultatul proastei îndepliniri a datoriilor de soţie şi mamă.*

În realitate: Frustrările şi insatisfacţiile agresorului au de-a face adesea mai puţin cu nemulţumirile lui casnice şi mai mult cu incapacitatea sa de a se integra, adapta,

realiza sau impune în mediul social.

Consecinţe: chiar şi cei care au grijă de sănătatea victimei adoptă o atitudine defavorabilă acesteia, ce sugerează că nu s-a ridicat la nivelul aşteptărilor, generând astfel bătaia.

4. *Femeilor le place să fie abuzate.*

În realitate: acest mit a apărut pe baza constatării că multe femei rămân lângă partenerul lor violent. Dar, femeilor le este adesea teamă să-şi părăsească partenerul. Cercetările au indicat că momentul părăsirii agresorului poate fi unul extrem de periculos pentru o femeie.

Consecinţe: în cazul sindromului femeii bătute, neajutorarea şi frecvenţa mare a cazurilor reduc sensibilitatea personalului medical la această problemă. Personalul medical tinde să fie dezgustat şi să ignore, să minimalizeze sau să nege plângerile victimei.

5. *Dacă o femeie bătută ar fi vrut să părăsească relaţia ar fi put să o facă în orice moment.*

În realitate: multe din motivele pentru care o femeie poate rămâne într-o relaţie abuzivă sunt independente de voinţa ei. Femeia este adesea captivă psihologic, ea poate suferi de sindromul Stokholm, poate simpatiza cu agresorul, îl poate prezenta într-un mod favorabil, deşi acţiunile lui apar ca abuzuri clare. Femeia poate fi excesiv de dependentă de el sau poate fi forţată să rămână prin claustrare şi transformarea ei în prizonier.

Consecinţe: personalul medical care se îngrijeşte de sănătatea femeii bătute îi recomandă să părăsească relaţia, fără să înţeleagă procesul prin care femeia este reţinută în relaţie.

6. *Bătaia apare doar o dată.*

În realitate: în puţine cazuri există un singur episod de violenţă, în majoritatea covârşitoare a cazurilor fiind vorba de un întreg ciclu al violenţei domestice, care trimite la un comportament repetitiv.

Consecinţe: specialiştii care intră în contact cu femeia bătută îi pot sugera că trebuie să fie la bine şi la rău alături de soţul ei, şi că nu trebuie să se „sperie” la prima greutate întâlnită.

7. *Bărbaţii violenţi nu-şi pot controla violenţa.*

În realitate: bărbaţii violenţi pot crede acest lucru adeseori. Majoritatea celor care îşi agresează soţiile îşi pot totuşi controla agresivitatea în raport cu alte persoane (prieteni, sau colegi), deci ar putea să şi-o controleze şi în relaţia cu partenera.

Consecinţe: bărbaţii pot renunţa la autocontrolul impulsurilor agresive în relaţia cu soţia şi îşi pot justifica astfel faptele. Diferitele categorii de specialişti care intervin în cazurile de violenţă domestică pot, la rândul lor, scuza astfel comportamentul agresorului.

8. *Bătaia este rezultatul consumului excesiv de alcool sau droguri.*

În realitate: există parteneri violenţi care nu sunt consumatori de alcool sau droguri. Nu există argumente care să susţină că alcoolul reprezintă o cauză directă a violenţei domestice. Dovezile susţin coexistenţa consumului de a alcool şi a violenţei domestice şi efectul lui facilitator asupra actelor de violenţă.

Consecinţe: în rezolvarea acestor cazuri un accent foarte mare se pune pe terapia medicamentoasă a adicţiei, uitându-se de importanţa psihoterapiei individuale, de cuplu sau familie, de importanţa participării la grupurile de suport.

9. *Violenţa domestică apare atunci când victima/agresorul au probleme psihiatrice.*

În realitate: victimele/agresorii nu prezintă obligatoriu o constituţie psihopatologică. Majoritatea bărbaţilor agresivi nu prezintă boli psihice, ei fiind persoane obişnuite care în multe situaţii se pot controla.

Consecinţe: dacă în cazul bărbaţilor boala psihică poate invocată în scopul scuzării actelor lor de violenţă, în cazul femeilor bătute psihiatrii pot supraevalua până la praguri semnificative clinic nivelul tendinţelor isterice, depresive sau suicidare, fiind tratate cu calmante sau chiar internate în clinica de psihiatri fără a fi necesar acest lucru.

10. *Agresorii au învăţat de la tatăl lor atitudinea abuzivă asupra femeii.*

În realitate: pot exista şi alte modele ale învăţării acestor atitudini. În 18% din cazuri, partenerii violenţi nu au avut de fapt o copilărie în care să se confrunte cu violenţa în familie (Gelles, 1987).

Consecinţe: agresorii pot să-şi justifice astfel acţiunile, iar unii specialişti îl pot prezenta chiar ca pe o victimă a mediului în care a crescut („Ei sunt adevărata victimă!”).

Există şi alte mituri care nu reprezintă explicaţii directe, ci doar încercări ale colectivităţilor de a înţelege acest comportament: „bătaia nu are consecinţe importante”,

„este o expresie a iubirii”, „victimele exagerează dimensiunea abuzului”, „amestecul în treburile interne ale unei familii este neavenit” etc.

1.3.2. Minimalizarea efectelor violenţei

Potrivit lui Lockton şi Ward (1997) minimalizarea consecinţelor violenţei reprezintă o altă dificultate în calea cercetării fenomenului, a măsurilor ce trebuie luate în plan psihologic, medical sau social şi în diagnosticarea şi tratarea sindromului femeii bătute.

Minimalizarea constă în raportarea sau amintirea unui număr mic de evenimente, chiar şi atunci când frecvenţa lor creşte. Ea acţionează ca un mecanism de apărare împotriva amintirilor terifiante şi reprezintă un proces prin care acestea dispar în timp. În mod conştient sau inconştient, femeia bătută reduce intensitatea şi magnitudinea fiecărui eveniment abuziv, trecând apoi la reducerea numărului de evenimente pe măsură ce frecvenţa lor creşte. Acest fapt poate fi observat din felul în care ea vorbeşte din felul în care ea vorbeşte despre rănile provocate de bătaie: „Mă rănesc uşor şi sângerez mult!”. Minimalizarea este unul din motivele principale ale conspiraţiei tăcerii şi a nesolicitării ajutorului medical sau al poliţiei. Femeile bătute minimalizează şi chiar neagă atacul şi bătaia, iar această negare este susţinută de agresor şi de membrii familiei. Minimalizarea continuă atâta timp cât durează relaţia şi afectează trecerea femeii prin sistemul de îngrijire medicală şi psihologică.

Unii cercetători consideră, nota Hearn (1998), că acest proces de reducere, de diminuare sau relativizare se referă fie la procesul de definire a violenţei de către femei, fie la frecvenţa şi etapele ei. Un atac mai scurt, concretizat printr-o palmă sau împingere este descris de femeie ca fiind un mic incident , o ieşire sau pierdere a controlului soţului.

O lată formă de minimalizare este comparaţia favorabilă a soţului cu alţi bărbaţi, care conduce la concluzii de tipul „nu este mai rău ca alţii” sau „aşa sunt toţi bărbaţi” . Aceasta diminuare reprezintă de fapt o justificare a comportamentului partenerului şi a reacţiei femeii, care încearcă să accepte violenţa şi să argumenteze în faţa celorlalţi de ce rămâne în mariaj.

Pe măsură ce violenţa creşte în intensitate şi frecvenţă, minimalizarea – alături de reprimarea conştientă şi negarea inconştientă – devine pentru femeia abuzată o formă de

rezistenţă faţă de comportamentul abuziv, rezistenţă ce va fi utilizată pentru a încerca rezolvarea problemei, dar şi pentru a „tolera intolerabilul" (Hearn, 1998, p.187). Aceste strategii de a face faţă situaţiei sunt complexe şi reprezintă o încercare a femeii de a schimba situaţia sau de a-i găsi o justificare.

Minimalizarea şi negarea sunt utilizate atât de femeie cât şi de bărbatul agresor. Motivele utilizării diferă însă. Dacă în cazul bărbatului aceste strategii servesc, în principal, pentru evitarea consecinţelor legale şi sociale ale violenţei, pentru femei servesc, mai ales pentru a se justifica faţă de sine, pentru a-şi găsi argumentele pentru a rămâne în relaţie.

1.3.3. Izolarea socială

Izolarea socială implică următoarele aspecte mai importante: imaginea publică a celor doi parteneri, a relaţiei dintre ei şi izolarea femeii de către bărbat. Lipsa concordanţei dintre imaginea soţului şi imaginea bărbatului în societate (poziţie socială, carieră) este un aspect des întâlnit în cazul soţilor cu o anumită influenţă în viaţa comunităţii. Imaginea soţiei în public se reflectă şi în imaginea soţului, iar acesta este conştient de posibilele consecinţe negative ale comportamentului lui domestic. Acest lucru îl face pe soţ să-şi constrângă soţia (abuzată) prin izolare socială, dependenţă financiară etc.

Folosirea izolării sociale şi a umilirii, ca tehnică de coerciţie în cadrul cuplului agresiv implică practicarea constrângerii psihologice a soţiei. Ameninţarea cu violenţa fizică este un mesaj transmis soţiei pentru a face publică starea relaţiei lor. În astfel de cazuri, societatea însăşi devine un factor de coerciţie implicit care, pentru a-l apăra pe bărbat, va alătura poziţiei şi influenţei sociale a acestuia stereotipurile existente în jurul acestui fenomen.

Un alt aspect îl constituie faptul că, din gelozie sau de frica de a nu fi deconspirat şi acuzat, femeii i se refuză dreptul de menţine anumite relaţii, de a păstra anumite prietenii, mai ales cu cei care ar putea avea o anumită influenţă asupra ei. De asemenea, comportamentul exploziv, imprevizibil al soţului determină femeia să nu se angajeze în anumite activităţi care nu primesc aprobarea soţului şi să se implice doar în cele aprobate de acesta, la care participă, de regulă, prietenii soţului, cunoştinţele lui, în faţă cărora îşi

va păstra într-o mai mare măsură autocontrolul.

În unele cazuri izolarea poate lua forme extreme, soţul refuzând să participe la activităţi, chiar dacă acestea sunt legate de carieră, slujba soţiei, iar soţia poate refuza să participe datorită caracterului imprevizibil al soţului. Bărbaţii agresivi folosesc adesea evenimentele sociale ca o armă, ca o formă de manipulare a soţiei: dacă ea doreşte să participe la anumite activităţi, fie va trebui meargă singură şi să-şi asume riscurile la venirea acasă fie vor trebui să suporte comportamentul brutal, nepoliticos, agresiv al soţului. În ciuda unor astfel de ameninţări, soţul s-ar putea manifesta ca un soţ iubitor, sociabil, astfel încât soţia să nu mai ştie la ce să se aştepte. În situaţii sociale, femeia va sta din ce în ce mai mult cu soţul, ceea ce va creşte posibilitatea ca acesta să-şi exercite controlul şi să-şi dezvolte simţul posesiunii (Gelles, 1987).

Agresivitatea verbală sau umilirea verbală reprezintă pentru majoritatea femeilor „cea mai puternică formă de coerciţie" din parte soţului (Walker, 1979), în ciuda suferinţelor fizice la care sunt supuse, mai ales dacă umilirea se face în prezenţa copiilor sau altor persoane. Faptul de fi de faţă atunci când soţul îşi critică sau compară defavorabil soţia, când îi adresează injurii sau o loveşte îi face pe cei prezenţi să evite pe viitor cuplul respectiv, mărind izolarea socială.

Izolarea face ca oportunităţile de a vedea şi comportamentul altor cupluri să fie aproape nule, femeia bătută fiind astfel lipsită şi de relaţiile care ar fi putut-o ajuta să-şi sporească stima de sine şi să se simtă mai puţin ajutorată. Izolarea socială completă accentuează sentimentul lipsei de putere şi neajutorare, „femeia devenind incapabilă să acţioneze pentru a îmbunătăţi relaţia sau a o părăsi, iar depresia se adânceşte" (Walker, 1984, p. 72). În această situaţie, ea poate simţi că nu-şi mai controlează destinul, că nu mai are încredere în capacităţile ei şi suferă o drastică scădere a stimei de sine şi a energiei necesare ieşirii din relaţie. Ea învaţă că nimic bun nu i se mai poate întâmpla astfel încât, pentru a rezista, încearcă să-şi diminueze suferinţa.

Neîncrederea în sine, frica de soţ şi de judecata celorlalţi, face ca femeia bătută să se închidă în sine şi să nu mai ceară ajutorul celorlalţi. Aceştia rămân undeva în afara sistemului său de referinţă şi nu mai pot interveni. Pe de altă parte, societatea – prin toleranţa sa faţă de unele manifestări violente, prin miturile pe care cultivă şi perpetuează despre violenţă – împinge atât soţul cât şi soţia să se ascundă sub masca intimităţii

familiei, a dreptului la intimitate.

1.4. Abordări teoretice ale violenţei conjugale

Fenomenul violenţei domestice este prezent în realitatea de zi cu zi, mai aproape sau mai departe de căminul nostru, de valorile noastre, de obiceiurile privind rezolvarea conflictelor şi de cele privind autocontrolul asupra impulsurilor. Încercând să identifice cauzele principale ale agresivităţii, diferite teorii din domeniul psihologiei şi sociologiei încearcă să pună în ordine multitudinea de definiţii din acest domeniu, considerând agresivitatea ca o funcţie de protecţie sau de supravieţuire a individului (Lorenz), ca o exprimare inevitabilă a energiei, a pulsiunilor (Freud), ca un comportament învăţat, (Bandura) sau ca reacţie la stresul social (Gil). Demersurile diferă adesea foarte mult: unele dintre ele încearcă să explice agresivitatea, iar altele violenţa sau agresivitatea deschisă; unele explică violenţa intrafamilială în contextul mai general al celei societale, iar altele au o abordare mai specifică, analizând-o cu precădere pe cea din urmă; unele explică mai ales violenţa masculină, iar altele violenţa indiferent de gen; unele încearcă să explice comportamentul agresorului, iar altele conduitele specifice victimei. Câteva dintre acestea sunt prezentate în cele ce urmează.

1.4.1. Teoriile biologice

Dezvoltând punctul de vedere freudian şi analogia dintre natura animală şi cea umană, K. Lorenz (1952, 1966; apud Turliuc, 2007) a dezvoltat *teoria etologică*, în cadrul căreia, a susţinut că *agresivitatea răspunde nevoilor de supravieţuire, indivizii mai agresivi sporindu-şi şansele de supravieţuire.* Cei care agresează, reuşesc să-şi procure mai uşor resursele necesare vieţii, selecţia naturală fiind responsabilă de conservarea şi întărirea instinctului agresiv.

Lorenz a accentuat natura biologic-instinctuală a comportamentului agresiv. *Este vorba de o energie instinctuală, acumulată într-o perioadă mare de timp şi, concomitent, de o descărcare şi (re)modelare a ei de către factorii relaţionali şi conjuncturali.* Teoriile care au susţinut natura instinctuală a agresivităţii au fost supuse unor multiple critici, agresivitatea putând fi influenţată şi modificată în mai mare măsură decât se sugerează în

cadrul acestora.

Reprezentanţii sociobiologiei au insistat, la fel ca etologii, asupra valenţelor adaptative ale agresivităţii. Dar, ei au susţinut că agresiunea apare pentru a spori probabilitatea transmiterii genelor agresorului la generaţia următoare. E. Wilson (1975) considera că acest ultim scop al supravieţuirii genetice impune şi unele limite agresivităţii deoarece, exacerbările ei ar putea duce la eliminarea unora dintre proprii urmaşi ai agresorului.

Respingerea naturii instinctuale a agresivităţii nu a însemnat negarea influenţelor biologice asupra manifestărilor agresive. Dezvoltarea tehnicii moderne de certare din domeniul geneticii a permis studiul cariotipului uman, prin intermediul căruia teoria lombrosiană este reconfirmată sub forma *teoriei aberaţiilor cromozomiale*. Astfel, anomaliile cromozomiale devin cauzele genetice, înnăscute ale comportamentului violent. Se ştie spre exemplu că, subiecţii cu sindromul dublu Y (consecinţa fenotipică a trisomiei XYY) se caracterizează prin labilitate psihică şi comportament agresiv.

Modelul neurobiologic pleacă de la analiza structurilor anatomice şi a sistemelor neorochimice implicate în producerea agresivităţii "normale" şi "patologice". În acest cadru se insistă, mai întâi, asupra faptul că reacţiile agresive au un mecanism neural, stimularea excesivă sau disfuncţiile unor formaţiuni nervoase (lobul temporal, diencefalul, sistemul limbic) producând comportamentul agresiv. Fernandez-Molina (cf. Stein, 2000) a demonstrat că există o inter-relaţie morfologică şi funcţională între lobul temporal şi diencefal şi că anumiţi centri ai amigdalei influenţează reacţiile afective de apărare, furie sau fugă. Şi alţi autori au insistat asupra rolului important al sistemului limbic şi al lobului frontal. D.J. Stein (2000), de pildă, arăta că există date certe care indică existenţa în cazul psihopatiilor a unor disfuncţii specifice ale lobului frontal (cum ar fi deteriorarea procesării materialelor cu ecou afectiv puternic), care explică şi nivelul lor de agresivitate mai ridicat.

Al doilea aspect surprins în cadrul modelului neurobiologic se referă la particularităţile funcţionării sistemului nervos: funcţionarea neurotransmiţătorilor, mecanismul de polarizare-repolarizare, jocul excitaţiei şi inhibiţiei etc. Aceste procese neurofiziologice asigură mecanismele de adaptare a organismului pe plan intern şi extern. Agresivitatea ar fi, în sensul cel mai profund biologic, un mijloc extrem de adaptare, care

ar sta la baza stărilor emoţionale negative, de ură sau de furie.

În privinţa neurotransmiţătorilor, se ştie astăzi că circuitele serotoninergice au un rol important în lobul frontal, buna funcţionare a neuronilor serotoninergici asigurând inhibarea comportamentelor agresive (Turliuc, 2007). Altfel spus, diminuare transmisiei serotoninergice conduce la incapacitatea adoptării atitudinii pasive sau a celei de aşteptare, la inabilitatea de a face faţă situaţiilor care necesită inhibarea unor tendinţe, pulsiuni etc. Dopamina, la rândul ei, este un neurotransmiţător implicat în manifestări vegetative precum hipervigilenţa. Natura relaţiei inhibitoare dintre serotonină şi dopamină este cunoscută. Scăderea serotoninei conduce la creşterea dopaminei şi a stării de vigilenţă. De aceea, nivelul scăzut de serotonină în sistemul nervos este asociată şi cu creşterea tulburărilor de somn, cu scăderea capacităţii de adaptare la stres, cu instalarea depresiei majore şi a anxietăţii sociale excesive, cu creşterea riscului suicidar, a comportamentului agresiv şi a impulsivităţii.

A treia componentă prezentată în cadrul modelului neurobiologic este dată de *implicarea glandelor endocrine în agresivitate*, de rolul testosteronului în manifestarea agresivităţii la om. După O. Klineberg (1956, apud M.N. Turliuc, 2004) agresivitatea masculină este mai puţin condiţională socio-cultural, ea regăsindu-se şi în întreaga lume animală. Injectarea de hormoni masculini în embrioni accentuează agresivitatea animalelor după naşterea lor la ambele sexe. Chiar dacă a fost acuzat de reducţionism, astăzi sunt recunoscute atât influenţele neurale, cât şi cele hormonale (bărbaţii sunt mult mai agresivi decât femeile datorita diferenţelor de natură hormonală) sau biochimice (de exemplu, creşterea alcoolului în sânge sau scăderea glicemiei pot intensifica agresivitatea) prezentate de modelul neurobiologic.

Genetica, neurologia şi endocrinologia au fost invocate pentru a oferi explicaţii pentru diferenţele dintre rezultatele medii obţinute de femei şi bărbaţi privind agresivitatea. Cercetătorii susţin, spre exemplu, că nivelul mai ridicat al agresivităţii sexului masculin are o puternică determinare biologică deoarece: 1. această diferenţă între sexe este foarte asemănătoare la oameni şi la primatele superioare; 2. ea este universală, în sensul că este prezentă în toate culturile şi 3. nivelul agresivităţii este sensibil la acţiunea hormonilor sexuali masculini.

Faptul că bărbaţii sunt mai agresivi a favorizat instalarea unei atitudini ambivalente faţă de agresivitate şi violenţă. Atunci când sunt realizate în scopul menţinerii păcii sau iubirii actele agresive sunt considerate un lucru bun şi necesar. Nu este de mirare că violenţa în familie a fost atât de mult tip tolerată, că sindromul copilului bătut a fost definit de specialişti abia în deceniul şapte al secolului trecut, că prevederile juridice împotriva violenţei domestice sunt extrem de recente. Agresivitatea masculină are un impact direct, deosebit de grav, asupra vieţii familiale sau de cuplu. Violenţa împiedică dezvoltarea sau menţinerea sentimentului iubirii şi respectului reciproc firesc al partenerilor, favorizând resentimentele, ruptura afectivă şi disoluţia treptată a relaţiilor.

Totuşi, explicaţiile oferite în cadrul disciplinelor biologice sunt departe de a fi suficiente sau definitive şi, adeseori, ele sunt insuficient corelate.

1.4.2. Teoriile sociologice

Cel mai adesea, perspectiva sociologică asupra violenţei în familie tinde să explice apariţia ei prin stresul social la care familiile sunt expuse. Unii autori merg mai departe (de ex. Gil, 1978) şi afirmă că stresul social este expresia valorilor şi practicilor sociale care modelează structura familiei. În ultimă instanţa, societatea ar fi de fapt responsabilă de producerea violenţei în familie, notau K. Browne şi M. Herbert (1999).

Modelul stresului social. Factori precum şomajul, sărăcia, supraaglomerarea, izolarea sau condiţiile de muncă alienante sunt percepuţi – nota Gelles (1987) – ca generatori ai frustrării şi stresului la nivel individual, care pot conduce la violenţă. Autorul concluziona în lucrarea sa că violenţa este o modalitate de adaptare sau răspuns la stresul structural. Dar, din moment ce violenţa nu apare doar în categoriile economice defavorizate, ci este răspândită în întreg spectrul acestor categorii, această perspectivă este una limitată. Alte încercări de a explica violenţa intrafamilială în termeni sociologici sunt teoria resurselor (Goode, 1971), teoria sistemelor generale (Straus, 1980) şi teoria schimbului/controlului (Gelles, 1983).

Goode (1971) afirma că familia, ca instituţie socială, se bazează într-o anumită măsură pe forţă şi ameninţare pentru a putea menţine ordinea. Cu cât o persoană dispune de mai multe alternative sau resurse pentru a exercita puterea, cu atât mai puţin va fi ea dispusă să utilizeze forţa în mod deschis. Cei mai mulţi nu folosesc cu plăcere forţa în

aceste situaţii datorită costurilor ei ridicate. Goode sugera că familiile din clasa de mijloc au mai mute resurse decurgând din prestigiul lor mai ridicat şi poziţia economică mai bună şi de aceea vor fi mai puţin tentate să folosească violenţa sau ameninţarea. O'Brien (1971; apud Browne şi Herbert, 1999) a urmat aceeaşi linie de gândire atunci când a formulat *ipoteza inconsistenţei statusului*. El s-a centrat pe problemele economice ale soţului şi pe nivelul diferit de instrucţie al soţilor, care pot genera o poziţie mai precară a soţului în familie. Violenţa este văzută de acesta ca o soluţie de remediere a statutului scăzut şi de creştere a stimei de sine.

Straus (1980) şi Giles-Sims (1983) au explicat apariţia violenţei domestice în termenii teoriei generale a sistemelor prin structurările familiale deviante. Ei s-au referit la structurile deviante ale autorităţii susţinând că nivelul violenţei tinde să fie mai mare atunci când soţia domină procesul de luare a deciziilor. Acest lucru este valabil mai ales atunci când soţul suferă de stimă de sine scăzută şi o percepţie negativă de sine (Goldstein şi Rosenbaum, 1985).

Violenţa rezultă dintr-un complex de feedback-uri care operează la niveluri diferite: individual, familial şi al societăţii, incluzând factori şi procese precum: nivelul ridicat al conflictualităţii intrafamiliale, nivelul ridicat al violenţei în societate, socializarea familiei în violenţă, normele culturale ce legitimează violenţa, organizarea sexistă a societăţii, precum şi o multitudine de motive pentru tolerarea violenţei de către persoanele agresate fizic.

Violenţa se poate integra în personalitatea unui individ, iar normele culturale pot legitima violenţa între membrii familiei. Acest sistem poate fi întărit de organizarea sexistă a societăţii şi modul în care se reflectă acesta în sistemul familial (de ex., restricţionarea oportunităţilor de locuri de muncă pentru femei, salariile mai mici la aceeaşi cantitate şi calitate a muncii pentru femei, delegarea femeii în asumarea întregii responsabilităţi privind creşterea copiilor, perceperea bărbatului ca şeful familiei, de identificarea masculinităţii cu violenţa, precum şi de socializarea femeii pentru rolul de subordonată, de supusă).

Teoria schimbului/controlului social cu privire la viaţa familială se bazează pe conceptele de recompense şi pedepse reciproce. Membrii familiilor schimbă sau împărtăşesc sentimente, servicii şi resurse. Atunci când balanţa schimburilor corespunde

aşteptărilor indivizilor vor predomina pacea şi ordinea. Atunci când apar dezechilibre între expectanţe, ca în cazul unui adult şomer care trebuie să asigure îngrijirea părinţiilor săi dependenţi şi foarte în vârstă, probabilitatea controlului violent al situaţiei creşte (Phillips, 1986). Gelles (1983) a susţinut că domeniul privat al vieţii de familie reduce costurile violenţei, a sancţiunilor aplicate penal. Acesta generează o mai mare probabilitate a producerii violenţei în familie, unde există mai puţine constrângeri sociale ale comportamentului.

Modelele feministe. O abordare alternativă sugerează faptul că violenţa individuală reflectă microsistemul relaţiilor de putere dintr-o societate. De exemplu, una din explicaţiile feministe ale violenţei împotriva femeilor şi copiilor are în vedere poziţia subordonată a femeii în societate, în general. Scopul violenţei este considerat a fi exercitarea controlului asupra celorlalţi membrii ai familiei. Hanmer (1978) a extins această teorie la una care a inclus întregul aparat de stat (reprezentat de bărbaţi), susţinând că politicile Statului bunăstării nu fac altceva decât să inducă dependenţa la femei.

R. E. Dobash şi R.E. Dobash (1979, 1987) au identificat trei elemente de bază ale acestei teorii: 1. bărbaţii exercită o dominaţie şi un control sistematic asupra femeilor, 2. violenţa apare la bărbaţii care cred în drepturile lor patriarhale şi 3. folosirea violenţei de către bărbat asupra femeii este acceptată de societate. Autorii susţin că în societate bărbatul a fost gratificat în mod tradiţional cu o serie de libertăţi ne-permise femeii. Abuzul sexual, hărţuirea sexuală, explorarea sexuală, pornografia şi prostituţia sunt metode pe care societatea le foloseşte şi le tolerează pentru persecutarea femeilor.

Cea mai răspândită explicaţie sociologică indică faptul că valorile culturale, accesibilitatea armelor şi expunerea la modele agresive ne-sancţionate afectează atitudinile personale faţă de violenţa în familie. Acesta, la rândul ei, influenţează acceptarea de către individ a agresivităţii ca formă a expresiei emoţionale şi ca metodă de a exercita controlul asupra celorlalţi. Grupurile sociale şi comunităţile pot dezvolta o toleranţă ridicată faţă de interacţiunile agresive, conducând la aşa-numitele „subculturi ale violenţei”.

Gil (1978) făcea distincţie între „violenţa structurală” (violenţa la nivel instituţional şi societal) care implică respectarea normelor şi practicilor sociale admise şi

violenţa personală (care de regulă implică actele se abat de la normele sociale). Potrivit lui, violenţa trebuie înţeleasă în termenii mai largi ai relaţiilor de putere din cadrul unei societăţi. Violenţa structurală şi cea personală nu trebuie privite şi concepute ca fenomene discrete, ci ca simptome ale aceluiaşi context social, ale valorilor şi instituţiilor care interacţionează şi se întăresc reciproc. Violenţa personală este reactivă şi înrădăcinată în violenţa structurală, din moment ce experienţele care inhibă dezvoltarea personală vor genera adesea stres, frustrare şi nevoia de a reacţiona cu violenţă asupra celorlalţi. Violenţa domestică este considerată a fi tot reactivă, ea avându-şi sursa în afara sistemului familial, unde nu se poate însă descărca. Agresivitatea poate fi descărcată în familie deoarece acesta reprezintă un context mai informal, în care petrecem mai mult timp şi în care pentru comportamentul violent sunt aplicate sancţiuni mai mici decât în orice alte situaţii sociale. Acest aspect a fost studiat şi prezentat de Powers (1986) în termenii *funcţiilor violenţei în familie şi a recompenselor oferite agresorul*. Acestea sunt:

- primeşte atenţie şi semnalează că nevoile nu-i sunt satisfăcute;
- foloseşte coerciţia şi îi manipulează pe ceilalţi pentru a-şi satisface nevoile;
- dobândeşte control asupra procesului luării deciziilor şi a stabilirii regulilor familiale;
- beneficiază de creşterea puterii pe măsura inducerii sentimentelor de neajutorare la ceilalţi;
- creşte intensitatea şi direcţionarea intimităţii;
- evită riscurile şi vulnerabilitatea în relaţia intimă;
- îşi domină rivalii de la care membrii familiei ar putea obţine aprobare şi iubire;
- se auto-protejează împotriva atacurilor şi loviturilor;
- caută răzbunarea pentru răul care i-a fost făcut de ceilalţi în prezent şi în trecut;
- pune în scena experienţa victimizării de această dată în rolul de agresor;
- îi răneşte pe ceilalţi pentru sentimentele lor de bucurie, satisfacţie sau pentru impresia de putere şi control;
- rupe sau schimbă echilibrul ne-satisfăcător din familie;
- controlează impresiile pe care şi le formează unii despre alţii;
- se conformează normelor şi expectanţelor culturale.

În concluzie, explicaţiile sociologice au evoluat de la simpla explicarea a violenţei

prin intermediul stresului social (de tipul sărăciei), la cele care implică tranzacţiile dintre agresor şi victimă în contextul structurii familiale şi societale.

1.4.3. Teoriile psihologice şi psihosociale

Teoria psihanalitică. Explicaţiile psihanalitice ale violenţei sunt legate de noţiunile de conflict intrapsihic, tulburări de personalitate, mecanisme de negare, deficienţe de dezvoltare sau slăbiciunea eului, narcisism, traume din copilări, masochism etc. (Hearn, 1998).

Pe filieră lombrosiană, S. Freud a susţinut ideea agresivităţii care tinde să se impună ca o forţă ce nu poate fi controlată, care dezorganizează şi divide. De altfel, chiar din teoria sa cu privire la cele trei instanţe psihice (inconştientul, subconştientul şi conştientul, iar mai apoi, sinele, eul şi supraeul) s-a desprins ideea disputei dintre acestea pentru determinarea conduitei individului.

Persoanele cu conduite antisociale se caracterizează printr-un supraeu slab, prin insuficienta coerenţă a eului şi slaba funcţionare a sublimării. Bărbaţii violenţi tind să-şi folosească violenţa ca pe un mecanism de intensificare a eu-lui deficitar, deoarece repertoriul lor de comportamente nonviolente şi abilităţile de comunicare este foarte limitat. Supreul slab al persoanelor cu comportamente antisociale nu le permite să-şi înfrâneze pornirile violente şi impulsive. Absenţa sau dificultatea realizării sublimării are drept efect incapacitatea individului de a-şi reorienta dorinţelor inconştiente, în mod deosebit pulsiunile sexuale şi agresive, spre scopuri şi activităţi socialmente valorizate. Mecanismul sublimării joacă un rol important şi în rezolvarea complexului oedipian la începutul perioadei de latenţă. El îi permite copilului să-şi modifice viaţa pulsională şi să se dedice activităţilor valorizate social: învăţării sociale, jocului, activităţii culturale etc. În familie, acest mecanism de apărare a eului va contribui la dezvoltarea sentimentelor de devotament, afecţiune şi respect faţă de părintele de acelaşi sex, cu care se va identifica în scopul dezvoltării identităţii sale de gen. Persoanele agresive şi antisociale nu numai că nu reuşesc să redirecţioneze energia lor pulsională în direcţia activităţilor educative, dar nici nu ajung să dezvolte sentimente de iubire, respect, sau devotament în relaţiile lor interpersonale semnificative.

Cel mai eficient mod de explicare al mecanismelor fundamentale ale agresivităţii

este oferit de studiul pulsiunilor. *Pulsiunea* reprezintă, în concepţia lui Freud, un proces dinamic constând dintr-o presiune (impuls, încărcătură energetică, forţă mobilizantă, puseu exercitat de somatic impus aparatului psihic) care împinge organismul spre suprimarea stării de tensiune. În prima sa teorie a pulsiunilor, Freud opune pulsiunile sexuale, celor de autoconservare (trebuinţe de care depinde supravieţuirea individului; de exemplu: foamea şi funcţiile alimentare); în cea de-a doua, Freud stabileşte dualismul pulsiunilor vieţii şi ale morţii, deseori asimilate dualismului sexualitate-agresivitate. Pulsiunea morţii concurează – cel mai adesea, fără prea mare succes – cu pulsiunile vieţii – care îi motivează pe oameni să supravieţuiască şi să se reproducă. Iată câteva dintre precizările realizate de Freud cu privire la pulsiunile disctructive (apud J. Laplanche şi J.-B. Pontalis, 1994, pp.324-343):

- *Pulsiunile morţii* sunt acele impulsuri profunde ale fiinţei, care tind să reducă pulsiunile vieţii, cu scopul de a le suprima şi de a readuce viaţa la formele ei anorganice. La început, pulsiunile morţii se îndreaptă spre interior, urmărind autodistrucţia, apoi se orientează spre exterior, manifestându-se ca pulsiuni agresive sau distructive.
- *Pulsiunea agresivităţii* este cel mai adesea utilizată în sensul său extensiv, de pulsiune de moarte, îndreptată spre exterior. Agresivitatea ar rezulta din jocul lui Eros şi Thanatos, fiind o redirecţionare spre exterior a morţii, pe baza mecanismului deplasării, izvorâtă din necesitatea individului de a se autoproteja. Adler considera agresivitatea ca fiind o aspiraţie general umană, un factor indispensabil al vieţii. Ea este o pulsiune care urmăreşte depăşirea propriilor sentimente de inferioritate, fiind expresia dorinţei de putere. Alţi autori, cum ar fi Melanie Klein, admit existenţa primară a agresivităţii şi a conflictului iubire-ură încă din prima copilărie, iar W. Reich descrie agresivitatea ca fiind rezultatul frustrărilor sexuale.
- *Pulsiunea distrugerii* este, cel mai adesea, un termen sinonim celui de pulsiune de moarte. Uneori, el devine sinonim cu pulsiunea agresivă, exprimând orientarea pulsiunii morţii spre lumea exterioară.
- *Pulsiunea de dominaţie* (de stăpânire, de autoritate) are drept scop dominarea obiectului prin forţă. Este vorba despre o pulsiune nonsexuală, care nu se uneşte decât secundar cu sexualitatea şi care stă la baza cruzimii infantile, anterioară apariţiei

sentimentului de milă şi sadismului, cruzime ce nu urmăreşte iniţial suferinţa celuilalt. Forţele pulsionale distructive pot fi uneori mai puternice şi, pe fundalului moralităţii precare sau a supraeului slab, ele sunt reorientate dinspre sine spre exterior. Violenţa gravă a fost explicată şi prin intermediul a două condiţii mentale patologice: iniţial prin *nevroză* (ca stare de anxietate profundă în care impulsurile indezirabile ajung să domine raţionalitatea) şi ulterior şi prin *psihoză*, ca tulburare gravă în care sinele a preluat controlul total al personalităţii.

Abordarea psihanalitică a fost criticată în special de reprezentanţii mişcării feministe. De exemplu, femeile sunt descrise ca dominatoare, masochiste, frigide, psiv-agresive, supraprotectoare faţă de fii, aplicând periodic pedepse castratoare etc. (Hearn, 1998). Ele caută sau tolerează abuzul în vederea continuării tratamentului din copilărie. Sentimentul de inferioritate suferit de fete este văzut ca o explicaţie a tolerării abuzului şi violenţi bărbatului la vârstă adultă. De asemenea, teoria catharsis-ului care susţine că agresivitatea descreşte dacă este exprimată din interior spre exterior a fost criticată de feministele care susţin că acest lucru mai curând încurajează şi amplifică manifestările agresive.

În teoria psihanalitică violenţa apare ca o aspiraţie general umană, ca factor indispensabil vieţii, ca pulsiune ce urmăreşte depăşirea propriilor sentimente de inferioritate şi dorinţa de putere. În spiritul concepţiei acestei şcoli este admis dualismul iubirii şi urii, încă de la debutul vieţii extrauterine. Ea pregăteşte terenul explicaţiilor cauzale care vor considera factorii de mediu social ca fiind elementele etiologice esenţiale ale apariţiei manifestărilor deviante, inclusiv a celor violente.

Teorii ale influenţelor situaţionale. Partizanii caracterului dobândit al agresivităţii susţin că aceasta survine în funcţie de factorii situaţionali, fiind un răspuns al individului la condiţiile concrete de mediu, la multiplicarea tentaţiilor în societatea de consum (Turliuc, 2007). În acest sens, teoria lui John Dollard şi a colaboratorilor săi explică natura comportamentelor agresive prin *teoria frustrare-agresiune*. Lucrarea lor *Frustrare şi Agresivitate* (1939), una dintre cele mai influente cercetări asupra agresivităţii, porneşte de la două postulate: *agresivitatea este întotdeauna o consecinţă a frustrării* şi *frustrarea conduce întotdeauna către o anumită formă de agresivitate.*

Blocarea căii de atingere a unui anumit scop creează frustrări care, la rândul lor,

constituie sursa agresivităţii. Blocarea accesului şi teama de sursa frustrării fac ca, destul de frecvent, agresivitatea să nu fie îndreptată asupra sursei ei, ci să fie re-orientată şi re-direcţionată (*displacement)* către o ţintă-substitut, mai puţin probabil să se răzbune şi mai sigură. Un exemplu îl constituie anecdota privind omul care, fiind umilit de şef, îşi ceartă soţia, care ţipă puternic la copil, care loveşte câinele, ce muşca poştaşul.

Dollard şi colegii săi sugerau că, aşa cum cineva îşi poate satisface foamea mâncând fie un covrig, fie caviar, tot aşa apariţia oricărui act de agresiune reduce tendinţa individului de fi agresiv (apud. S.S. Brehm şi S.M. Kassin, 1990). Noţiunea care defineşte faptul că actele agresive pot reduce tendinţa individului de a se angaja în alte manifestări agresive se numeşte *catharsis*. Astfel, indivizii pot evita angajarea lor în manifestări pline de violenţă prin implicarea în activităţi mai puţin dăunătoare (cum ar fi glumele ostile, povestirea unor anecdote pline de violenţă, observând agresivitatea altora, reală sau fictivă etc.).

Considerând că teoria lui Dollard exagerează legătura dintre frustrare şi agresivitate, Leonard Berkowitz (1989) propune *teoria indice-excitaţie,* în cadrul căreia sugera că frustrarea produce o stare de pregătire emoţională pentru a agresa, manifestările agresive propriu-zise depinzând de existenţa unor condiţii specifice. Cu alte cuvinte, frustrarea nu dă naştere imediat agresivităţii, ci generează o stare de excitaţie sau activare emoţională: *furia sau o altă stare afectivă negativă*. Aceasta produce, la rândul ei, o stare de pregătire pentru comportamentul agresiv. Comportamentul va fi realizat numai dacă în contextul social există stimuli cu o conotaţie agresivă sau indici asociaţi cu furia. Astfel, dacă soţul care se întoarce frustrat de la slujbă sau de la o întâlnire cu prietenii, atunci când un gest al soţiei este interpretat ca agresiv, el poate deveni violent.

O temă foarte importantă în cadrul acestei linii de cercetare vizează faptul că, *oamenii care se află într-o dispoziţie proastă, neplăcută, de cele mai multe ori încearcă să o modifice*. Evident, ei pot utiliza diferite strategii pentru a atinge acest scop, cu o eficienţă variabilă. O cale o reprezintă îmbunătăţirea stării afective prin intermediul manifestărilor agresive. În acest sens, B.J. Bushman, R.F. Baumeister şi C.M. Phillips (2001) au încercat să verifice dacă încercarea de reglare a stării afective este motivul pentru care stresul emoţional generează agresivitatea. Cu alte cuvinte, ei au pornit de la ipoteza că *oamenii*

agresează în speranţa că, astfel, se vor simţi mai bine. În desfăşurarea studiului lor, autorii menţionaţi au verificat ipoteza lor prin apelul la fenomenul *catharsis*-ului şi la cel al *reglării afective*.

Aşa cum arătau şi Dollard şi colegii săi, *teoria catharsis*-ului susţine că exprimarea furiei duce la îmbunătăţirea stării afective. Bushman, Baumeister şi Phillips (2001) consideră că, deşi există un sâmbure de adevăr în această teorie, în ansamblul ei este incorectă. Studiul lor experimental complex a infirmat presupusele efecte eliberatoare, de descărcare a impulsurilor şi tensiunilor negative prin agresivitate. Ea nu "curăţă" psihicul de impulsuri ostile pe termen lung, deşi aduce o stare momentană mai bună, recunoscută de majoritatea subiecţilor. Astfel, se explică de ce indivizii – incapabili să ajungă la starea de plăcere, de bine psihologic, prin realizarea unor acte socialmente acceptate – pot recurge la manifestările agresive pentru modificarea sensibilă a dispoziţiei lor sufleteşti momentane.

Teoria reglării afective susţine că oamenii se angajează într-un act agresiv atunci când speră că astfel vor scăpa de furie şi se vor simţi mai bine. Cei care trăiesc stări afective negative vor fi mai receptivi cu privire la căile de îmbunătăţire a sării lor emoţionale. De aceea, agresivitatea va creşte cel puţin la indivizii care cred că exprimarea furiei şi exteriorizarea ei reprezintă o cale eficientă de reglare sau îmbunătăţire a stării lor afective.

Teoria învăţării sociale. Teoria propusă de Bandura vine să umple golul existent între teoriile de inspiraţie psihanalitică şi cele centrate comportamentiste. Având la bază teoria behavioristă, această abordare oferă o înţelegere mai puţin rigidă a agresivităţii umane, insistând asupra schimbărilor observabile apărute în comportamentul unei persoane ca urmare a învăţării. Procesul de socializare înseamnă şi achiziţia de răspunsuri agresive, fie prin învăţare directă (ca urmare a recompenselor sau pedepselor), fie prin observarea şi imitarea conduitelor celorlalţi. Experimentele lui Bandura şi ale colaboratorilor săi (1973) au demonstrat rolul adultului ca model în însuşirea comportamentului agresiv la copii: cei ce au asistat la un comportament agresiv din partea adultului, s-au comportat şi ei mai agresiv. Mai mult, agresivitatea a crescut atunci când comportamentul agresiv a fost recompensat, când modelul urmărit a fost de acelaşi

sex cu respectivul copil şi când modelul a avut înainte legături intense cu copilul. În principiu teoria susţine faptul că avem tendinţa să menţinem comportamentul agresiv urmat de rezultate dezirabile (sau recompensate) şi să evităm conduitele agresive urmate de rezultate nedorite (pedepsite).

Normele sociale elaborate în diferite contexte socio-culturale nu indică numai intensitatea şi modalităţile conduitelor agresive, ci şi circumstanţele în care ele trebuie să se desfăşoare: persoanele sau grupurile care merită să fie ţinta agresivităţii, ce fel de acţiuni ale celorlalţi justifică sau pretind să li se răspundă prin violenţă, în ce situaţii agresivitatea este o modalitate mai adecvată sau nu. În sens mai larg, perspectiva învăţării sociale leagă actele agresive de o arie mai extinsă de factori, cum ar fi: experienţa trecută a individului, re-întăririle prezente asociate acestor acte, evaluarea situaţiei şi a posibilelor consecinţe etc. Psihologii sociali insistă şi ei asupra faptului că agresivitatea este dobândită social, că ea nu se rezumă la tendinţa de a răspunde ostil la interacţiunile neplăcute.

Fără a nega rolul mediului, Bandura (1973, 1977) recunoaşte rolul importanţa proceselor interne, de tipul cogniţiilor şi emoţiilor. Mediul familial este unul din cadrele psihosociale de achiziţionare a unor scenarii de agresivitate, care sunt susţinute de structuri de cunoaştere şi evaluare – percepţii, atitudini, credinţe normative – ce trimit la comportamente agresive. Fiinţele umane învaţă de mici cum să perceapă, să interpreteze, să judece şi să răspundă la stimulii ce vin din mediul fizic şi social, cristalizându-se scenarii mintal-comportamentale, care învăţate şi folosite frecvent, pot căpăta în timp un caracter automatizat, ca deprinderi.

Formarea diferenţelor de gen dintre bărbaţi şi femei, inclusiv a celor privind nivelul de agresivitate, sunt explicate prin prisma influenţelor asupra dezvoltării de părinţi şi de alţi agenţi de socializare. În privinţa agresivităţii, în concepţia învăţării sociale, părinţii sunt cei care încurajează adesea comportamentul agresiv al copiilor lor, fie ignorând manifestările de agresivitate ale acestora, fie oferind chiar recompense mascate, de tipul obţinerii obiectelor dorite, al acordării atenţiei şi încurajării lor prin gesturi şi zâmbet. Bandura (1973) a introdus şi termenul de „întăritori sociali” pentru a explica situaţiile în care un răspuns comportamental este urmat de răspunsul pozitiv sau negativ al altcuiva, care întăreşte sau inhibă şansa ca acel comportament să se producă.

Retragerea eventualei victime din faţa agresiunii este şi ea o întărire pentru agresor, care va încuraja comportamentele violente viitoare. Acestea se manifestă mai ales în cazul băieţilor şi mai puţin frecvent în cazul fetelor. Părinţii şi alte persoane din anturajul copilului contribuie la formarea agresivităţii copiilor oferindu-le modele de comportament agresiv.

Cercetările lui Bandura privind formarea comportamentului agresiv au demonstrat că învăţarea prin demonstrare poate fi un mijloc important de prelucrare a unor modele agresive, chiar în lipsa unei întăriri. Cu cât vârsta copiilor este mai mare, cu atât ei înţeleg mai bine că agresivitatea este un comportament acceptat în societate, mai ales pentru cei de gen masculin. Această teorie este folosită pentru a explica transmiterea intergeneraţională a abuzului.

Perspectiva asupra victimei şi teoria neajutorării învăţate. Unii autori (Gelles, 1976; Walker, 1984) au promovat această teorie pentru a explica mecanismele comportamentale şi atitudinale ale femeii agresate. Această teorie face parte din teoriile privind depresia şi a fost elaborată de Abrahmson, Seligman şi Teasdale. Autorii ei susţin că depresia are drept cauză apariţia unor evenimente de viaţă negative sau ne-apariţia evenimentelor pozitive, care conduc la un stil depresogen de atribuire. Este vorba de tendinţa dobândită în timp, indusă de agresor, de a atribui evenimentele negative factorilor interni stabili şi globali.

Teoria sugerează faptul că în copilărie victima poate îndeplini un anumit rol instrumental în obţinerea ataşamentului sau în producerea neglijării. Un copil poate să nu corespundă expectanţelor sau cerinţelor parentale fapt care favorizează abuzul, aşa cum se întâmplă, de ex., în cazul copiilor prematuri, cu greutate inferioară la naştere, bolnăvicioşi sau cu diferite malformaţii sau deficienţe etc. Lipsa atractivităţii fizice a acestor copii poate reprezenta un important factor al abuzului suportat de ei (Berkovitz, 1989). O legătură între perspectiva asupra victimei şi teoria învăţării sociale este sugerată de Lewis (1987) care susţine că unele femei învaţă să accepte comportamentul violent orientat asupra lor ca rezultat al experienţelor din copilărie.

Teoria neajutorării învăţate este fundamentată pe trei aspecte: informaţia despre eveniment sau situaţie, reprezentările cognitive situaţie şi răspunsul la situaţie. Cea de-a doua componentă este extrem de importantă deoarece la acest nivel persoana îşi dă seama

dacă expectanţele sale pot fi sau nu atinse. La acest nivel pot să apară perturbări cognitive, motivaţionale şi emoţionale. Astfel, dacă o persoană nu crede dă poate controla rezultatul comportamentului său, ea va răspunde prin neajutorarea învăţată (Snyder şi Ford, 1998).

În cazul femeii agresate, dacă nu există credinţa că ea poate controla ceea ce i se întâmplă, îi va fi dificil să creadă că poate influenţa situaţia abuzivă în care se află, acest lucru împiedicând-o să se elibereze din situaţie. Odată ce ea acţionează conform credinţei că este neajutorată, percepţia sa va deveni realitate, femeia devenind pasivă, obedientă (Walker, 1984). În descrierea incidentelor violente, femeile agresate de către soţii lor nu par a fi atât de neajutorate, pe cât cred ele (Gelles, 1987). Interpretarea comportamentului lor este mai degrabă determinată de setul de reprezentări cognitive negative, de credinţa lor cu privire la ceea ce nu pot şi mai puţin de realitatea abilităţilor lor.

1.4.4. Teoriile integrative centrate pe interacţiune

În baza experienţelor anterioare, unii parteneri intimi tind să stabilească relaţii agresive deoarece le sunt familiare, s-au obişnuit cu ele, se simt confortabil în cadrul lor, considerând violenţa expresia preocupării, atenţiei şi ataşamentului reciproc. În acest sens, Hanks şi Rosenbaum (1978) au indicat extraordinara asemănare dintre relaţia maritală curentă a femeilor abuzate şi mariajul părinţilor lor. Unele teorii încearcă să se îndepărteze mai mult de perspectiva psihologică individuală pentru a se centra pe studiul interacţiunilor dintre membrii familiei.

Perspectiva interactivă interpersonală. Toch (1976) a analizat atât caracteristice bărbatului agresiv, cât şi cele ale contextului şi ale victimei sale. El a concluzionat faptul că manifestările agresive sunt asociate atitudinii tip *macho* şi tendinţei de menţinere a unei identităţi personale particulare în relaţie cu partenerul. Studiile asupra conflictului deschis arată o consistenţă a reacţiilor agresive şi a unor trăsături asociate lor în perspectiva dezvoltării.

Teoria puterii maritale. Bazele puterii constau în organizarea şi resursele care asigură dominarea unuia dintre parteneri. Acestea pot include nu numai abilităţi, informaţii, trăsături de personalitate, statut social şi economic, dar şi definirea culturală după care un partener are autoritatea în cadrul relaţiei intime. Procesarea puterii se referă

la tehnicile interacţionale pe care un individ le foloseşte pentru a câştiga controlul, precum negocierea, serviabilitatea şi rezolvarea de probleme. Conform teoriei puterii maritale, partenerii cărora le lipseşte puterea au şanse mai mari de a fi abuzaţi fizic de partenerii lor de viaţă.

Serra (1993; apud Mândrilă, 2003-2004) arată că folosirea violenţei are diverse semnificaţii, în funcţie de cine e folosită: când este folosită de un bărbat, înseamnă putere, iar când este folosită de o femeie semnifică lipsa puterii. Aceste semnificaţii sunt preluate din cultura specifică a unei comunităţi.

Babcock (1993) şi colaboratorii, într-un studiu asupra a 95 de cupluri, a ajuns la concluzia că violenţa este folosită de soţul bătăuş ca un comportament compensatoriu pentru a masca lipsa de putere în căsătorie. J. L. Perilla şi colaboratorii (1994) au demonstrat că, cu cât o femeie contribuie mai mult la venitul familiei, cu atât mai predispusă este să fie abuzată fizic de partener. Aceasta susţine ipoteza conform căreia percepţia pierderii puterii de către soţ, poate corela cu folosirea violenţei fizice asupra soţiei. De asemenea, atunci când soţul este frustrat datorită faptului că nu se poate impune pe plan social, în profesie sau în relaţiile cu prietenii, el poate acţiona „preventiv", prin violenţa asupra soţiei pentru a nu risca să-şi piardă puterea şi în relaţie cu ea.

Teoria legături traumatice. Această teoria a fost propusă de Dutton şi Painter (apud Mândrilă, 2003-2004), consideră că de-a lungul vieţii, femeile masochiste au experimentat şi au asimilat în subconştientul lor comportamente violente din partea unor persoane importante pentru ele (tată, frate, profesor). Teoria încearcă să explice de ce femeia bătută rămâne cu bărbatul care o bate. Autorii au avansat două ipoteze comune pentru toate relaţiile de acest tip: lipsa echilibrului în ceea ce priveşte puterea în cuplu, astfel încât partenerul bătut se percepe ca fiind dominat de celălalt, şi natura intermitentă a abuzului. Deoarece abuzul se manifestă cu intermitenţe, iar perioadele dintre abuzuri se caracterizează prin comportamente pozitive (precum atenţie şi declaraţii de dragoste, remuşcare etc.) este dificil pentru cel abuzat să părăsească relaţia. Această loialitate a victimei faţă de abuzatorul ei a fost asemănată cu sindromul Stockholm**.**

Această loialitate rezultă din identificarea victimei cu agresorul ca modalitate de a face faţă pericolului, în situaţia în care victima este lipsită de putere: „Cu cât victima este mai izolată, cu atât creşte dependenţa ei faţă de abuzator, nu numai în ceea ce

priveşte trebuinţele ei de bază, dar şi pentru suport emoţional. Cu cât îi este mai frică, cu atât este mai tentată să se agheţe de singura relaţie care îi este permisă, cea cu agresorul. În absenţa oricărei alte relaţii, ea va încerca să găsească sprijin în cel care o ţine captivă. Inevitabil, în absenţa oricărui alt punct de vedere victima va ajunge să vadă lucrurile prin ochii abuzatorului" (Voinea, 1993, p.109).

Teoria traumei explică şi transmisia transgeneraţională în procesul traumatic. În cazul abuzului intrafamilial, esenţială este atitudinea victimei faţă de făptaş: idealizarea sau capacitatea de confruntare cu el. Pentru a păstra valoroasă legătura interioară cu „obiectul protector", victimele se agaţă de ideea că tatăl lor (şi, ulterior, soţul) este fundamental bun (Fischer şi Riedesser, 2007). Sub presiunea nevoii de idealizare şi din motive de reducere a disonanţei cognitive, schema traumatică este clivată şi poate fi din nou simulată mai târziu, când apare o situaţie asemănătoare în ciclul vieţii, cu un conflict paralel (de pildă la naşterea unei fiice). Trauma reînvie şi declanşează conflictul interior astfel încât, partea dispreţuită din sine ca urmare a învinovăţirii este proiectată în exterior. Fiica devine ţapul ispăşitor, este legată de mamă şi încurajată să devină seducătoare sexual. Ulterior, alegerea partenerului reprezintă o reproducere a schemei traumatice (de exemplu în literatură se află relatări despre perpetuarea incestului la 5 generaţii).

O altă cale de transmisie a abuzului fizic este cea de la tată la fiu. În acest caz este vorba mai curând de o subapreciere, decât de o supraapreciere. Atunci când băiatul asistă la abuzul sexual al tatălui asupra surorii, fratelui sau a rudelor apropiate, el tinde spre identificarea cu tatăl, crescând astfel şi şansele transmiterii transgeneraţionale a traumei.

Interesant este şi cazul persoanelor care deşi s-a confruntat cu violenţa în copilărie nu o transmit copiilor lor. Non-repetitivii au avut în copilărie o relaţie bazată mai mult pe încredere cel puţin cu o persoană semnificativă, au o relaţie suportivă cu partenerul actual, iar unii au trecut prin terapie de lungă durată, de cel puţin un an (Erikson şi colab., 1989; apud Riedesser şi Fischer, 2007). Non-repetitivii pot să îşi amintească bine experienţele traumatice din copilărie, dar au găsit distanţa emoţională faţă de acestea, în timp ce repetitivii au relatări şterse şi lipsite de emoţii cu privire la copilăria lor.

Modelul multifactorial al violenţei în familie. Modelul elaborat de Browne (1988; apud Browne şi Herbert, 1999) a stat la baza celui dezvoltat de Pirozynski (1991), pe care l-am prezentat anterior. Browne sugera că factorii stresanţi şi influenţele de mediu sunt

mediate de relaţiile dintre membrii familiei. Modelul sugerează faptul că stresorii situaţionali prezintă următoarele 4 elemente:

- relaţiile dintre persoanele care asigură îngrijirea inter-mariaje, disputele maritale, părinte vitreg sau concubin şi părintele natural, dintre părintele custodial şi cel necustodial etc.
- relaţiile cu copiii şi persoanele vârstnice dependente: distanţa dintre vârsta copiilor, mărimea familiei, gradul de ataşament al îngrijitorilor faţă de aşteptările celor dependenţi de ei etc.
- stresul structural: condiţiile sărăcăcioase de locuire, şomajul, izolarea socială, ameninţările autorităţii celor asigură îngrijire şi protecţie, valori şi stima de sine etc.
- stresul generat de dependenţi: de exemplu, unul care ne-dorit, care prezintă incontinenţă, care e dificil de disciplinat, care e bolnav, care prezintă deficienţe fizice sau psihice, care este prea energic, emoţional sau prea solicitant etc.

Şansele ca aceşti factori de stres situaţionali să producă violenţa în familie sunt mediate de relaţiile şi interacţiunile membrilor familiei. Relaţiile securizante dintre ei vor devia orice efect al stresului, favorizând dezvoltarea strategiilor de coping ale familiei. Dimpotrivă, relaţiile nesigure anxioase sau evitante vor genera periodic escaladări ale emoţiilor negative, care pot conduce la abuz fizic sau emoţional. Acesta va influenţa negativ relaţiile interpresonale, făcând sistemul mai vulnerabil în viitor în faţa diferiţilor stresori. Atunci când feedback-ul pozitiv (care amplifică schimbarea din sistemul familial) apare o supraîncălzire sistematică (cercul vicios), pe fundalul căreia stresul constant va produce atacuri repetate fizice şi emoţionale. Această situaţie se înrăutăţeşte progresiv, fiind cunoscută sub numele de „spirala violenţei”. În unele cazuri, indivizii violenţi vor încerca să facă faţă sentimentelor lor agresive cu privire la anumiţi membrii ai familiei prin neglijarea lor fizică sau emoţională, în scopul de a evita interacţiunilor în care le-ar putea provoca rănirea.

2. PARTICULARITĂŢILE AGRESORILOR BĂRBAŢI

Pe măsură ce fenomenul violenţei domestice a căpătat amploare, cercetătorii din diverse domenii s-au văzut nevoiţi să studieze sistematic acest fenomen. În mod natural s-

a pus problema cauzelor – de ce se petrec asemenea acte; mai apoi s-a pus problema contextului – când şi unde se petrec astfel de acte, cine este implicat. Capitolul de faţă îşi propune o retrospectivă a cercetărilor care, în contextul aceluiaşi demers de înţelegere şi explicare şi aflarea răspunsului la întrebarea: CINE sunt cei care recurg la acte de violenţă domestică?

2.1. Abuzatorul, din perspectiva câtorva abordări teoretice

Corespunzător unei diversităţi de abordări teoretice a fenomenului violenţei domestice în genere, într-o primă etapă ne propunem să trecem în revistă cercetări ce au identificat liste de caracteristici ale agresorilor domestici, încercări de profiluri specifice, de particularităţi care aparent îi disting de populaţia non violentă.

O primă perspectivă din prisma căreia ne propunem să discutăm cine este cel care abuzează de soţia sa, de copii, sau de alţi membri ai familiei extinse este cea *biologică*. Teoriile biologice ale agresivităţii şi violenţei se focalizează pe originile genetice, congenitale sau organice ale comportamentului agresiv. În acest sens, cercetătorii adepţi ai acestei abordări se interesează de neuropatologie, infecţii ale creierului sau alte boli ce afectează funcţionarea creierului, implusivitate, schimbări ce intervin în structura sau funcţionarea creierului ca urmare a unor traume sau unor factori endocrinologici.

Cunningham şi colab. (1998) îi citează pe Gearan şi Rosenbaum ca fiind printre primii care subliniază legătura dintre agresivitate şi substratul biologic în contextul violenţei domestice. Într-o serie de cercetări iniţiate spre sfârşitul anilor 80, începutul anilor 90, aceştia descoperă că mulţi dintre bărbaţii abuzivi prezintă un istoric de traume craniene; pornind de la această corelaţie, ei extind spre o teorie cauzală prin care disfuncţia creierului şi tulburarea neurologică aferentă, consecinţe ale unei traume, conduc la scăderea capacităţii de control a impulsului, distorsiuni ale judecăţii, dificultăţi de comunicare şi hipersensibilitate la alcool. În plus, schimbările de comportament şi personalitate asociate cu asemenea traume ale creierului pot spori nivelul de stres din sistemul familial ceea ce concurează la iniţierea actelor de violenţă. Cu limite evidente (o asemenea abordare absolvă agresorul de responsabilitatea actelor sale), abordarea rămâne

în atenţia cercetătorilor datorită nevoii de a elimina o astfel de ipoteză atunci când judecăm comportamentul unui agresor, sau de a stabili măsura în care comportamentele sale sunt explicate de o astfel de traumă.

Explicaţiile neo-darwiniene şi cele de psihologie evoluţionistă asupra agresivităţii masculine subliniază influenţa geneticului asupra comportamentului uman şi argumentează prin faptul că „interacţiunile noastre sociale sunt influenţate de predispoziţii moştenite (adică tendinţe) de a acţiona în modalităţi ce s-au doveditit adaptative în trecutul nostru ancestral" (Emlen, 1997 în Cunningham şi colab, 1998, p. 5). Altfel spus, toate comportamentele noastre sunt produse ale unor mecanisme psihologice interne, dezvoltate prin selecţie naturală pentru a oferi soluţia la o problemă de adaptare. Input – ul (extern sau intern provenind de la alte mecanisme) este operat prin folosirea unor reguli de decizie pentru a produce o formă de output, precum orice formă de activitate fiziologică sau comportament (Buss şi Shackelford, 1997 în Cunningham şi colab, 1998).

Din perspectiva acestor teorii, forţele evoluţioniste favorizează organismele care sunt capabile să se reproducă cu succes şi astfel să îşi transmită bagajul de gene. Ca o consecinţă directă, bărbaţii vor încerca să câştige şi să îşi ţină aproape partenere tinere, fertile care pot da naştere unor urmaşi sănătoşi. Se sugerează că agresivitatea masculină şi tendinţa de a atacare a partenerei este un comportament ce a evoluat ca şi tactică de a menţine fidelitatea sexuală a partenerei, asigurând astfel control reproductiv asupra partenerei şi evitarea creşterii unor urmaşi care să nu îi poarte genele. Rezultatele acestea sunt evident limitate de imposibilitatea de a replica cercetările iniţiate asupra animalelor într-un lot uman, dar valoarea lor de asemenea nu poate fi contestată de vreme ce sunt identificate legături consistente cu alte explicaţii argumentate (a se vedea ulterior rezultate privind gelozia agresorului masculin).

O a doua perspectivă din prisma căreia ne propunem să discutăm cine este cel care abuzează de soţia sa, de copii, sau de alţi membri ai familiei extinse este cea *sociologică*. Interesul a nenumăraţi cercetători s–a oprit de – a lungul timpului asupra legăturii dintre o *atitudine mai tolerantă a bărbaţilor asupra violenţei* în genere şi incidenţa episoadelor de violenţă domestică îndreptată atât asupra soţiei, cât şi asupra altor membri ai familiei. De

ce ar avea însă atitudinea un rol atât de covârşitor ? În evoluţia conceptului de atitudine, se remarcă o cristalizare a definirii acestuia astfel încât însuşi definiţii recente ne răspund la întrebarea anterioara: atitudinile se referă la „*evaluările noastre cu privire la orice aspect posibil al lumii sociale, măsura în care avem reacţii favorabile sau nefavorabile faţă de probleme, idei, persoane, grupuri sociale sau alte elemente ale vieţii sociale*" (R. Baron şi D. Byrne, 2000) sau atitudinea reprezintă „poziţia unei persoane sau a unui grup *de acceptare* sau *de respingere* cu o intensitate mai mare sau mai mică a obiectelor, fenomenelor, persoanelor, grupurilor sau instituţiilor"(Septimiu Chelcea, în Iluţ, 2004, p.43).

O formă de asociere pozitivă între atitudinea faţă de violenţa domestică fizică şi nonfizică şi apariţia violenţei în cadrul relaţiilor intime a fost pusă în evidenţă atât de cercetători de orientare feministă, cât şi de cei de orientare socioculturală sau de cei orientaţi spre teoria învăţării sociale. Stith şi Farley (1993) arată de pildă că gradul de aprobare a violenţei maritale este un factor important, alături de alţii precum stresul marital şi egalitate de rol sexual, în procesul de mediere a episoadelor severe de violenţă maritală.

Russel şi Hulson (1992) în încercarea de a explora cauzele violenţei domestice conchid că cea mai importantă descoperirea a lor constă în faptul că „principalul motiv pentru care soţii sunt abuzivi este acela că ei cred că acest fapt este acceptabil" (din Kane 2000); alţi factori precum violenţa experienţiată în cadrul familiei de origine, clasa socială de apartenenţă, puterea negociată la nivel de relaţie, statutul marital sau consumul de alcool joacă aşadar un rol mult mai puţin important faţă de atitudini. Această concluzie este consistentă cu o observaţie anterioară a lui Stets şi Pirog - Good (1990) care arată că oamenii sunt mai curând ghidaţi de atitudinile lor faţă de comportamentul agresiv decât de influenţa situaţiei imediate în care se află. Practic se arată că nu situaţia imediată este cea care motivează ieşirea violentă a individului, ci mai curând atitudinea generală a bărbatului de *acceptare* sau *respingere* a ideii de folosire a violenţei în relaţie cu partenera lui intimă.

Studiile merg mai departe şi arată că bărbaţii care apelează la violenţă în relaţie cu partenerele lor intime sunt nu numai înclinaţi spre o atitudine tolerantă faţă de agresivitatetea îndreptată asupra femeii ci, sunt în genere mai agresivi decât alţi bărbaţi.

Tocmai obişnuinţa lor de fi agresivi – afirmă cercetătorii – ar încuraja o mai mare acceptare a violenţei îndreptate împotriva femeii (Stets şi Pirog – Good, 1990).

În acelaşi sens, alţi cercetători invocă *teoria învăţării sociale*, şi arată că nivelul ridicat de agresivitate al unor bărbaţi îşi are originea în copilăria acestora şi devine cu atât mai severă pe parcursul vieţii lor marcate de practicarea violenţei aşa cum a fost ea modelată în etapele mai fragede (Walker & Brown, 1985). Copilăria şi adolescenţa sunt o perioadă de intensă observare a modului în care se comportă părinţii unul faţă de celălalt ca şi sursă primordială de achiziţie a opţiunilor comportamentale valide în interiorul unei relaţii între sexe. Cantitatea şi tipul de învăţare bazată pe observaţie ce se petrece la această vârstă depinde şi de o serie de factori precum:

- consecinţe observate sau resimţite ale comportamentului respectiv – ce pot fi recompesatorii sau, dimpotrivă, cu un caracter extrem de indezirabil;

- caracteristicile celui care face observaţia şi măsura în care comportamentul este modelat la nivel individual (copilul trebuie să ajungă să atribuie o anumită valoare respectivului comportament şi să îşi dorească să fie ca cel pe care îl observă);

- pattern –ul asociativ (expunerea la comportamente agresive depinde de indivizii cu care un copil se asociază la un moment dat) – factor ce conduce la extinderea teoriei învăţării sociale dinspre familie spre întreaga subcultură din care face parte un individ la un moment dat.

Gelles (1972) întăreşte legătura dintre atitudine şi învăţare socială argumentând că "familia nu nu numai că expune individul la violenţă şi tehnici de violenţă, dar îl şi învaţă să aprobe uitlizarea violenţei" (apud Mihalic, 2007, p.645).

Tot de o factură psiho-sociologică este şi *teoria conflictului* care propune o serie de explicaţiile ce pornesc de la rolul conflictului în familie şi dinamica rezolvării stării conflictuale, mai ales la nivelul diadei maritale. Un studiu mai recent, ce poate fi citat în acest sens, este cel al lui Feldman şi Ridley (2000). Din perspectiva gestionării conflictului, violenţa domestică este văzută ca o modalitate de a rezolva sau procesa un conflict când alte modalităţi de urmare a intereselor individuale sau de grup nu fac faţă deoarece procesele, deprinderile sau opţiunile disponibile de gestiune a conflictului eşuează.

Conform acestor autori, perspectiva teoriei conflictului, indiferent de abordare,

porneşte de la cel puţin trei concepte esenţiale. În primul rând conflictul este în mod esenţial "normativ" şi inevitabil la nivel de relaţii apropiate datorită caracteristicilor relaţionale inerente de interdependenţă, nevoi-obiective-interese inompatibile şi resurselor limitate (Kelley, 1983 apud Feldman şi Ridley, 2000, p. 553). Al doilea concept este acela că un conflict nu este inerent nici bun nici rău, ci mai degrabă poate avea urmări relaţionale fie destructive, fie constructive. Al treilea concept se referă la faptul că un conflict este un proces cu cel puţin 4 componente distincte:

- conflictul de *interese* – apare atunci atunci când o persoană percepe opiniile, viziunile, obiectivele sau interesele ca fiind incompatibile, în conflict sau în dezacord;
- *orientarea* de tip conflictual – se referă la atitudinile şi aprecierile unei persoane vis a vis de un conflict în termenii capacităţii sale de a tolera sau accepta confictul şi stilului predispozant de a răspunde la un conflict;
- *răspunsurile* la conflict – includ o gamă variată de reacţii comportamentale directe la o situaţie conflictuală, modalităţi de a îl rezolva, sau modalităţi de a face faţă conflictelor de interes (acelaşi concept îl vom găsi denumit ca gestiune a conflictului, tactici conflictuale, strategii conflictuale); acestea includ comportamente care menţin, escaladează sau aduc o rezolvare conflictului;
- *urmările* conflictului – cuprind un număr de elemente printre care : dacă situaţia conflictuală a fost rezolvată sau nu, natura soluţiei (spre exemplu unilatareală sau mutuală) şi o evaluare a proceselor specifice de conflict ca şi potenţatoare a apropierii emoţionale din relaţie.

În ceea ce priveşte răspunsurile la conflict, majoritatea lucrărilor de specialitate identifică 3 mari categorii de răspunsuri: *agresiune verbală, rezolvare de probleme – cooperare şi evitare – retragere*, în vreme ce, în ceea ce priveşte urmările conflictului, două dimensiuni generale sunt investigate: *statusul rezolvării conflictului şi statusul relaţiei* (Christensen & Sullaway, 1984, Loyd, 1987).

Folosind un lot de 251 de bărbaţi care acceptă să completeze o serie de chestionare, Friedman şi Ridley (2000) arată că bărbaţii mai curând violenţi faţă de cei mai curând non violenţi înregistrează în mod clar utilizarea unui număr mare de acte

unilaterale de blamare, acuzare, criticism, ameninţare, atribuire de nume, ridiculizare, înjurături şi atacuri verbale la adresa caracterului, competenţelor sau aspectului fizic al partenerei, în vreme ce partenerele nu întreprind asemenea demersuri. Totodată, grupurile de bărbaţi mai curând violenţi mărturisesc şi o incidenţă mai crescută a episoadelor în care ambii parteneri se angajează în episoade de agresivitate verbală, prin comparaţie cu bărbaţii non violneţi şi partenerele lor.

Rezultatele referitoare la agresiunea verbală mutuală confirmă o serie de studii timpurii care sugerau că secvenţele interacţionale de atac – contraatac par să escaladeze emoţional şi comportamental mult mai mult faţă de alte secvenţe de comunicare negative (Burman et all., 1992, 1993, Sabourin, 1995). Agresiunea verbală escaladează în agresiune fizică adesea deoarece : (a) cuplurile par să se "blocheze" într- o serie de modele de răspuns reciproc, precum plângerea reciprocă, dispreţ, defensivitate şi construirea de bariere (Gottman, 1979, 1994); (b) certurile tind să progreseze prin 3 nivele de escaladare – nivelul problemei, nivelul personal şi nivelul relaţional, fiecare următorul fiind mai greu de adresat şi gestionat (Stuart, 1980); (c) există o mare probabilitate de represalii pentru a salva orgoliul sau a preveni viitoare atacuri, mai ales când destinatarul consideră că atacul iniţial a fost intenţionat şi nelegitim (Felson, 1984); şi (d) excitarea fiziologică şi afectivă negativă a unui partener, generată în interacţiunile verbal agresive se oglindeşte în celălalt partener (Levinson & Gottman, 1983).

În ceea ce priveşte rezolvarea de probleme, studiul arată de asemenea că bărbaţii mai violenţi raportează episoade mai puţin frecvente de rezolvare mutuală a problemelor şi mai puţină comunicare constructivă; mai mult, aceste nivele scăzute de rezolvare a problemelor şi comunicare constructivă discriminează între grupurile de bărbaţi în sensul severităţii şi frecvenţei actelor de violenţă domestică, desigur în măsura în care au fost ei dispuşi să le recunoască.

În mod similar, în ceea ce priveşte strategia de evitare- retragere, rezultatele confirmă faptul că, atât bărbaţii violenţi, cât şi partenerele lor preferă adesea să evite discuţia care ar lămuri aspectele problematice dintre ei şi că bărbaţii violenţi folosesc mai des decât cei non violenţi tactici de hărţuire a partenerei la care aceasta răspunde ciclic prin retragere, practic întreţinând starea conflictuală; este de precizat faptul că acest al doilea model se întâlneşte mai curând în cuplurile cu frecvenţă şi severitate ridicată a

violenţei domestice.

Previziunile cercetătorilor s-au confirmat şi în privinţa tipurilor de urmări ale unui conflict în contextul unei relaţii de violenţă domestică. Astfel, grupurile de parteneri violenţi prin comparaţie cu cei non violenţi mărturisesc că mai frecvent, după o ceartă sau o discuţie contradictorie, unul dintre parteneri simte că problema nu s-a rezolvat aşa cum şi ar fi dorit el, că punctul său de vedere nu a fost înţeles şi că el –ea nu au avut ceva de spus în felul în care a fost final soluţionată problema – în tot acest timp celălalt partener este relativ mulţumit (este vorba aşadar de o rezolvare unilaterală). De asemenea, există o mare probabilitate ca unul dintre parteneri sau ambii să se simtă distanţi, retraşi, descurajaţi sau fără speranţă după o ceartă sau discuţie conflictuală (distanţare unilaterală sau chiar mutuală).

Din perspectiva altor autori, studii ca cel anterior citat, fac în fapt trecerea spre o a treia perspectivă de cercetare a fenomenului violenţei domestice, şi anume cea *feministă*. Aceasta abordare reprezintă o gamă largă de viziuni, adesea contradictorii, dar care în fond pornesc de la o convingere centrală – violenţa domestică este consecinţă directă a organizării de tip patriarhal ce a dominat şi continuă să domine societatea contemporană. Într-o ordine de tip patriarhal, bărbaţii menţin o poziţie privilegiată şi domină femeia, monopolizând instituţiile sociale. Două modele explicative se înscriu sub această viziune: teoria Ciclului Violenţei şi Roata Puterii şi Controlului (a se vedea capitole ulterioare). Ceea ce este specific acestor modele este conceptul de *control coercitiv* al femeii de către bărbat prin intermediul a diverse tactici, precum intimidarea, abuzul emoţional, izolarea, minimalizarea, negarea şi blamarea, folosirea copiilor, acolo unde cazul, instaurarea unor privilegii masculine, abuzul economic şi folosirea coerciţiei şi ameninţărilor.

Charles Tittle propune de asemenea o *teorie a balanţei controlului* în care prezumţia principală este aceea că oamenii trec în viaţa lor prin una din următoarele trei stări posibile : un surplus de control, o stare de echilibru a controlului şi o stare de deficit al controlului. În contextul acestei teorii, Tittle propune prezicerea devianţei pornind de la ideea că "măsura controlului căruia îi este un individ subiect, raportată la măsura controlului pe care el sau ea îl pot exercita, determină probabilitatea apariţiei devianţei precum şi a tipului de devianţă ce poate apărea" (Tittle, 1995; apud Morgan, 2007, p.

198). Teoria lui Tittle merge mai departe şi arată că o persoană ajunge în sfera devianţei ca rezultat a unui dezechilibru la nivelul raportului sus menţionat, dar şi totodată când trei situaţii există simultan : predispoziţia, motivaţia şi oportunitatea.

În baza criteriilor propuse, spunem despre un individ că este predispus la devianţă atunci când balanţa controlului înclină oarecum inegal. Această inegalitate poate fi în favoarea individului (în situaţia unui surplus de control), sau dimpotrivă poate înclina semnificativ împotriva lui (situaţia unui deficit de control). În prima situaţie, individul predispus unui comportament deviant se va orienta spre conduite de tip exploatare, sfidare, în vreme ce o persoană în cea de-a doua situaţie va acţiona de maniere ce exprimă supunere sau predare (Lilly et al., 2002).

Pentru ca cea de –a doua condiţie să fie împlinită, respectiv cea a motivaţiei, Tittle ne sugerează că individul va acţiona numai atunci când va simţi că dezechilibrul este suficient de supărător, acţiunilesale îndreptâdu-se tocmai în sensul reechilibrării situaţiei. Efortul va fi acela de a reduce din deficit sau de a spori surplusul.

Aşa cum arată şi alte teorii crimonologice, precum teoria oportunităţii sau teoria activităţii rutiniere, existenţa predispoziţiei şi a motivaţiei nu este suficientă pentru declanşarea devianţei – pentru ca actul deviant să aibă loc trebuie să existe şi oportunitatea de a trece la act.

Agresorul din cadrul unei relaţii de violenţe intime exercită un control ridicat asupra victimei sale şi acest control poate lua variate forme, de la abuzul psihologic ce ia forma ameninţărilor verbale şi manipulării psihologice, până la controlul economic şi financiar în care victima trebuie să se ridice la nivelul aşteptărilor agresorului pentru a putea avea acces la un minimum de resurse. Conform teoriei balanţei controlului, agresorul ce simte că are un surplus de control faţă de victima sa va trece la anumite acţiuni care vor facilita sporirea acestui surplus. Mai mult, dacă este să combinăm această abordare cu viziunea tradiţională conform căreia bărbatul are mai multă putere şi mai multe privilegii în relaţia intimă, incluzând şi un control total asupra actelor sexuale, tabloul este cu atât mai complet – bărbatul se simte îndreptăţit să ia măsuri pentru a spori controlul pe care şi ceilalţi îl aşteaptă de la el.

Pe de cealaltă parte, implicaţiile asupra victimei sunt orientate cel puţin în două direcţii – cea a acceptării lipsei de control şi abandonării în faţa situaţiei, sau cea a

încercărilor de a micşora diferenţa de control prin acte deviante. În ceea ce priveşte abuzul psihologic, un studiu al lui Henning şi Kleseges (2003) indică faptul că un asemenea mecanism al exercitării controlului determină victima se simtă cu atât mai vulnerabilă în faţa unor posibile violenţe suplimentare. În ceea ce priveşte abuzul economic, victima se simte adesea lipsită de orice posibilităţi de a părăsi relaţia – cert este că în ambele situaţii dezechilibrul acţionează în favoarea abuzatorului, fiind prea puţine măsurile pe care victima le –ar putea lua pentru a câştiga controlul de partea sa în cadrul acestei relaţii.

Un alt scenariu este acela în care victima unui abuz fizic şi psihic perpetuu, resimte această incapacitate de a câştiga control ca pe o deficienţă, ceea ce îi sporeşte depresia şi lipsa de speranţă. Mai departe, aceste stări diminuează capacitatea victimei de a avea grijă de sine ceea ce nu face altceva decât să exacerbeze dezechilibrul de control şi consolidează terenul pentru viitoare violenţe îndreptate împotriva unei victime decăzute.

Un al treilea şi potenţial cel mai violent scenariu este acela în care victima în încercarea de a reduce discrepanţa de control răspunde la violenţă cu violenţă, această petrecându-se mai ales în situaţiile de violenţă fizică.

2.2. Caracteristicile agresorilor domestici

Tendinţa generală de aplicare a unei perspective integratoare se regăseşte şi în evoluţia cercetărilor referitoare la caracteristicile agresorilor domestici, mai ales în rândul echipelor interdisciplinare din cadrul adăposturilor destinate victimelor şi agresorilor care au identificat în timp nevoia de a construi profile cât mai cuprinzătoare. Deşi nu exhaustive, listele de caracteristici pe care aceştia le publică sunt deopotrivă un ghid de referinţă pentru specialiştii din domeniu care au nevoie sa facă distincţia între agresori şi falşi agresori, dar şi listă de indicatori pentru victimele debusolate cărora le vine adesea mai uşor să apeleze la materiale scrise şi recunosc cu mai mare uşurinţă realitatea proprie în aceste descrieri. O astfel de listă include:

- *Abuzatorii au adesea o stimă de sine scăzută.* Chiar dacă majoritatea abuzatorilor lasă să se întrevadă o imagine de "putere", "încredere în forţele proprii", cel mai adesea dincolo de această faţadă ei au o stimă de sine scăzută. Adesea această stimă de sine scăzută este direct legată de nevoia sporită de afectivitate a acestor bărbaţi şi, ca o

consecinţă directă, de o dependenţă emoţională excesivă faţă de partenеră.

- *Abuzatorii prezintă o dependenţă interpersonală mai ridicată faţă de partenera lor intimă.* O întreagă serie de studii arată că bărbaţii care utilizează violenţa faţă de partenerele lor au nivele mai ridicate de dependenţă interpersonală decât semenii lor non violenţi (Dutton, 1988; Murphy et al., 1994). Hirschfeld definea dependenţa interpersonală ca şi "complex de gânduri, credinţe, sentimene şi comportamente ce se reunesc în jurul nevoii de a se asocia îndeaproape, de a interacţiona şi de a se bizui pe alţii valoroşi" (în Kane, Staiger, Ricciardelli, 2000, p. 24). Aceşti bărbaţi dependenţi îşi doresc şi în acelaşi timp se tem de apropierea emoţională de partenerele lor, simt o mare frustrare şi mânie faţă de autonomia partenerei lor şi se focusează în principal asupra partenerei pentru satisfacerea tuturor nevoilor emoţionale (Coleman, 1980; Dutton, 1988; Sonkin et al., 1985). Direct corelată cu această frică şi mânie îndreptată asupra autonomiei partenerei, este şi stima de sine scăzută a bărbaţilor – dependenţa lor nesatisfăcută îi determină să îşi pună la îndoială valoarea în faţa partenerei actuale, precum şi în faţa altor potenţiale partenere.

Conform lui Murphy şi colaboratorilor săi, dependenţa excesivă în relaţiile intime poate contribui la dinamica generală emoţională şi motivaţională a violenţei domestice. Comportamentul de tip coercitiv şi de control atât de caracteristic bărbaţilor abuzivi este expresia dorinţei puternice a bărbaţilor dependenţi de a diminua sentimentul de autonomie al partenerelor lor prin limitarea reţelelor lor sociale, îngustarea alternativelor relaţionale, limitarea lor la activităţile din interiorul căminului conjugal şi controlarea accesului la finanţe, educaţie şi oportunităţi de angajare. Acest fapt este confirmat şi de clinicieni care constată că pe parcursul interviurilor bărbaţii mărturisesc sentimente ambivalente şi de anxietate faţă de ideea de intimitate.

Pornind de la aceste rezultate, Kane, Staiger şi Ricciardelli (2000) au dorit să verifice dacă un grup de bărbaţi care folosesc violenţa în relaţia lor cu soţiile diferă semnificativ faţă de alte grupuri neofensive în ceea ce priveşte atitudinea tolerantă faţă de violenţă domestică, nivelul lor general de agresivitate, precum şi nivelul de dependenţă interpersonală. Ei au ales un astfel de grup de bărbaţi care participau deja la un program de intervenţie pentru reducerea agresivităţii domestice şi i-au comparat cu un grup de jucători de fotbal american (joc în care contactele fizice extrem de dure sunt acceptate şi

încurajate), precum şi cu un grup de bărbaţi care se oferiseră voluntar să presteze muncă în folosul comunităţii. Ei au arătat încă o dată că bărbaţii care folosesc violenţa în relaţiile cu partenerele prezintă şi un nivel semnificativ mai mare de dependenţă interpersonală, precum şi nivele semnificativ mai mari de agresivitate generală comparativ cu bărbaţii din echipa de fotbal, precum şi cu cei care s-au oferit voluntari pentru munca în folosul comunităţii.

- *Abuzatorii se precipită în construirea de relaţii***.** Se arată în nenumărate rânduri că multe dintre victimele violenţei domestice au ieşit cu partenerii lor sau i-au cunoscut de-a lungul unor perioade mai scurte de şase luni înainte de a lua decizia de a se muta împreună. Comportamentul lor de exaltare în relaţie, comparabil cu emoţia unei plimbări în carusel, impresionează adesea prin folosirea unor clişee precum "dragoste la prima vedere", "Eşti singura persoană cu care pot să vorbesc", "Nu m-am simţit niciodată atât de iubit". Ca o consecinţă directă a nevoii puternice de ataşament emoţional, ei forţează instaurarea unei relaţii mult înainte de a fi cunoscut partenera şi de a fi fost siguri că îşi doresc să îi fie aproape.

- *Abuzatorii sunt excesiv de geloşi.* Ei justifică adesea acest sentiment ca fiind un semn de dragoste adevărată, dar este curând evident faptul că aceasta nu are nimic de a face cu dragostea, ci este profund legat de stima lor de sine scăzută, de teama constantă de a nu fi părăsiţi, înşelaţi. Încrederea deplină şi siguranţa ce ar defini o relaţie sănătoasă nu se pot instaura atâta timp cât abuzatorul nu are încredere în propria persoană şi în abilitatea sa de a construi o relaţie sănătoasă.

- *Abuzatorii manifestă adesea un comportament de control (verificare).* Justificat la început ca semn de grijă pentru siguranţa şi binele partenerului, acest comportament devine în scurt timp sufocant ca şi nesiguranţa acestuia. Teama de a nu fi înşelat îl orbeşte pe acesta – întârzierile de orice fel, relaţiile cu persoane cu care el nu le cunoaşte, deciziile luate fără a fi consultat, oricât de neînsemnate ar fi ele, sunt toate semne ale unei independenţe pe care el nu ar putea să o controleze şi îi ameninţă supremaţia.

- *Abuzatorii au adesea aşteptări şi pretenţii nerealiste.* Odată angajaţi în relaţie, abuzatorii au adesea aşteptarea şi pretenţia ca partenera să le poată îndeplini orice nevoie, şi mai ales de a da întâietate acestor nevoi, chiar şi trecând peste propriile nevoi stringente. Incapacitatea partenerei de a împlini aceste aşteptări nu este interpretată ca

neputinţă obiectivă, ci ca refuz, şi implicit ameninţare la adresa stabilităţii relaţiei.

- *Abuzatorii folosesc adesea izolarea ca strategie.* Reducerea relaţiilor cu exteriorul este o formă aparte de control exercitate de abuzatorul nesigur, dornic de a se bucura de toată atenţia partenerei sale. Practicată la început ca semn de iubire şi autosuficienţă în cuplu, izolarea devine prea curând o strategie sistematică a acestuia. Sunt eliminaţi, rând pe rând, toţi cei care ar putea acapara din atenţia partenerei, dar şi cei care ar putea sesiza din exterior semnele abuzului şi ar putea să o avertizeze pe victimă de pericolul în care se află.

- *Abuzatorii cred în supremaţia masculină şi rolurile de gen tradiţionale.* Credinţă inoculată, modelată în familia de origine, supremaţia masculină este adesea o preocupare obsesivă a abuzatorului care impune în acest sens reguli extrem de stricte; încălcarea oricăreia, oricât de puţin, este o ameninţare directă asupra autorităţii lui şi reclamă o pedeapsă pe măsură. Pentru a întări această discrepanţă de poziţii, ei vor sublinia adesea rolul inferior al femeii, vulnerabilităţile ei, şi "marile sacrificii" pe care el ca bărbat le face pentru bunăstarea cuplului, va uzita de vină şi ruşine pentru a ţine partenera într-o stare de teroare, distorsiunile cognitive induse fiind adesea atât de puternice, încât partenera însăşi va apăra acest "adevăr" în faţa celor din exterior care vor afirma contrariul.

- *Abuzatorii folosesc forţa în relaţiile sexuale.* Lipsa de interes pentru nevoile şi dorinţele partenerei se resfrânge şi asupra aceste arii a vieţii intime a cuplului. Adesea ei vor forţa relaţiile intime doar pentru a îşi reîntări imaginea de stăpân deplin, căruia îi sunt îndeplinite toate dorinţele, oricând el pofteşte. Umilinţa actului forţat este deopotrivă o formă de abuz al victimei care este redusă la un obiect al plăcerilor sale. Totodată, actul sexual poate devini o formă de împăcare după un episod de agresivitate fizică sau verbală, fiind doar o extensie a acestuia dar de o manieră care să inducă victima în eroare – ea acceptă în speranţa tandreţei ulterioare, abuzatorului făcându–i cu atât mai multă plăcere să dezamăgească şi în această situaţie, scopul său fiind orişicum atins.

- *Abuzatorii uzează de comportamente negative (fumat, consum de alcool, droguri) pentru a face faţă stresului din viaţa lor.* Studiile au arătat de-a lungul timpului o incidenţă mai crescută a consumului de alcool şi droguri în rândul abuzatorului domestic, ceea ce a determinat mult timp şi falsa credinţă că acestea sunt cauze declanşatoare ale

abuzului. Scăzând semnificativ inhibiţiile, aceste subsţante facilitează exprimarea unor comportamente care altfel ar fi fost înfrânate, dar nu sunt nicidecum sursa unica a acestor izbucniri.

- *Abuzatorii îi blamează pe alţii pentru acţiunile lor.* Atribuirile externe sunt o strategie comună celor care nu vor să îşi asume responsabilitatea unor acte clasate de societate ca inacceptabile. Gama de explicaţii pe care abuzatorii domestici le oferă pentru actele lor este discutata ulterior în decursul acestui capitol, generică este însă tendinţa lor de a nega vina proprie, până la a nu recunoaşte orice fel de responsabilitate pentru acte şi atribuire a vinei în exclusivitate unor surse externe lui – fie că este victima, fie că este o altă persoană din anturajul ei, fie că este situaţia externă ca atare.

- *Abuzatorii tind să fie hipersensibili.* Tot ca o continuare firească a altor trăsături evidenţiate anterior, abuzatorii au tendinţa de a se lăsa afectaţi foarte uşor de afirmaţiile celor din jur, fie că sunt ele intenţionate, fie că sunt doar interpretate de către aceştia prin propriul filtru. Urmăriţi de diverse temeri, abuzatorii tind să aplice principiul confirmării profeţiei şi să interepreteze orice afirmaţie a celor din jur ca o acuză, observaţie nelegitimă.

- *Abuzatorii prezintă adesea un comportament abuziv şi faţă de animale.* Cercetările recente au identificat nevoia din ce în ce mai preganantă de a iniţia studii care să exploreze mecanismele de legătură dintre actele de violenţă îndreptată asupra animalelor şi cele îndreptate împotriva membrilor familiei. Deşi cercetările sunt încă la început, câteva mari teme se înscriu ca pregnante (Kurst –Swanger, în Encyclopedia of Domestic Violence, 2007):

1. *abuzul îndreptat asupra animalelor pare să fie o trăsătură constantă în rândul celor ce sunt violenţi în familie, mai ales în acele familii în care atât copii, cât şi partenerii intimi sunt abuzaţi.* Practic, animalele devin victime adiacente în interiorul gospodăriei dominate de această stare violentă de fapt. Studiile au încercat să măsoare frecvenţa situaţiilor de coexistenţă dintre abuzul animalelor şi abuzul membrilor familiei, arătându-se că în majoritatea familiilor în care se coîntâlnesc acte de abuz al copiilor şi al partenerilor intimi, se vor înregistra şi acte de violneţă îndreptate împotriva animalelor (a se vedea Ascione, 1998; DeViney, Dickert şi Lockwood, 1983). Într-un studiu axat pe cupluri de acelaşi sex, Renzetti (1992) arată o incedenţă de 38 % de femei care aveau un

animal de companie raportând abuz de către parteneră atât asupra lor, cât şi asupra animalului de companie. În cazul abuzului îndreptat asupra soţiei, torturarea sau chiar omorârea unui animal de companie este considerată de unii cercetători o formă de abuz emoţional asupra partenerului (Wiehe, 1997). În cazul abuzului persoanelor de vârsta a treia, sunt înregistrate mai puţine date cu privire la tratatrea necorespunzătoare a animalelor, cu excepţia cazurilor des întâlnite de auto –neglijare combinată cu tendinţa de a aduna la un loc mai multe animale de aceeaşi rasă sau chiar de tipuri diferite, şi practic de a pune în pericol viaţa proprie, dar şi pe cea a animalelor strânse laolaltă.

Teoriile ce îşi pun baza în astfel de studii subliniază caracterul de instrument al violenţei îndreptate asupra animalelor, instrument de control, ameninţare, hărţuire sau coerciţie a membrilor familiei. Victimele raportează într-adevăr că cel mai adesea violenţa îndreptată asupra lor se însoţeşte şi de ameninţarea, rănirea sau chiar uciderea a unui sau mai multor dintre animalele de companie. Animalele devin rapid victime vulnerabile din mai multe motive. Pe de o parte, nu este deloc neobişnuit ca victimele agresiunii domestice să îşi găsească adesea proprietăţile, şi prin aceasta facem referire la jucării, obiecte de îmbrăcăminte, jocuri, muzică,etc, distruse de către agresor, şi în acelaşi sens, animalele devin obiect al unor astfel de acte de "vandalism" tocmai pentru că sunt categorizate ca obiecte de proprietate valorizate. Pentru abuzatori este un mod secundar de a continua abuzul emoţional, mai ales atunci când îndreptarea acestuia direct asupra victimei nu mai este suficient de satisfăcătoare. Ameninţările îndreptate asupra animalelor sau chiar violentarea lor pot fi şi un instrument de terorizare sau înspăimântare a victimei umane, sau de obligare a acesteia la un act pe care de altfel nu l-ar consimiţi, cum ar fi rămânerea în relaţia destructivă. Animalele sunt cu atât o victimă mai uşoară cu cât ele nu pot riposta direct, şi nici nu se pot adresa autorităţilor pentru a sesiza starea de abuz. Semnele de abuz asupra animalelor sau cazurile chiar de ucidere a acestora devin semne extrem de importante pentru organele de cercetare care pot astfel interveni înainte ca actele letale să fie îndreptate împotriva unor victime umane.

2. *Delicvenţii juvenili au, în genere, copilăria marcată de acte de violenţă asupra animalelor, fie ele de companie, fie din afara casei.* Mulţi dintre delicvenţii juvenili sunt diagnosticaţi cu o tulburare de conduită, definită de către DSM IV ca "un pattern comportamental repetitiv şi persistent în care drepturile de bază ale celorlalţi sau

majoritatea normelor şi regulilor sociale specifice vârstei sunt violate". Ca şi simptom comun a unei astfel de tulburări de conduită, cercetările arată că tendinţa de a se manifesta violent cu animalele este una ce apare de timpuriu în copilărie, chiar înainte de alte acte de violenţă similară. În acest sens, cercetătorii pun accent pe caracterul de marker al apariţiei unor astfel de acte în rândul copiilor, putându-se ulterior evita dezvoltare de tendinţe destructive îndreptate împotriva omenirii. Alte simptome des întâlnite ca şi markeri ai unei tulburări de conduită includ incendierea de proprietăţi, distrugerea de proprietăţi, hărţuirea altor copii.

În ceea ce priveşte motivele pentru care copii recurg la acte de violenţă îndreptate împotriva animalelor, cercetările pun în evidenţă o diversitate de astfel de explicaţii. În unele situaţii declanşatorul este presiunea exercitată de grupul de semeni în acest sens, în altele declanşatorul este nevoia de a potoli plicitiseala sau chiar depresia, alteori dorinţa principală este aceea de a scăpa de o puternică fobie sau chiar plăcerea de a incita un animal până la determinarea lui de a deveni auto agresiv. Alteori însă, şi mai des de altfel, copii devin violenţi cu animalele ca o consecinţă directă a expunerii lor la violenţă interpersonală, cu atât mai mult cu cât aceasta se petrece în interiorul căminului, care ar trebui să fie pentru copilul vulnerabil baza de protecţie şi confort. Copii pot ajunge să şi omoare animalele de companie tocmai din dorinţa de a le feri din calea unui alt agresor mai puternic, sau doar pentru că astfel modelează un compartament pe care îl observă adesea la o figură de autoritate. Animalele pot fi rănite adesea şi din joacă, copii imitând comportamente pe care le observă şi pe a căror consecinţe nu le pot înţelege pe deplin. De asemenea copii pot ajunge să facă rău unui animale de companie din dorinţa de a pedepsi sau ameninţa pe un alt membru al familiei, abuziv sau neglijent la nevoile sale. Cel mai adesea însă copii care iniţiază astfel de acte de violenţă sunt copii victime la rândul lor a unor acte de brutalitate şi tendinţele lor de a se manifesta violent faţă de animale sunt din nou indicatori extrem de importanţi pentru autorităţi care se pot sesiza şi pot iniţia o anchetă. Totodată,o astfel de tendinţă trebuie extrem de serios integrată într-o evaluare psihologică a unui copil, pentru că în lipsa unor evenimente directe de violenţă în familia de origine, comportamentul rămâne un indicator important pentru viitoare tendinţe agresive îndreptate asupra semenilor.

3. *Angajamentul puternic faţă de animalul de companie şi practic teama puternică*

de a-l lăsa ne-supravegheat poate determina pe unele victime ale violenţei să nu caute sprijin şi să nu părăsească relaţia abuzivă. Într-un studiu efectuat asupra unor femei dintr-un adăpost din Utah, Ascione (1998) descoperă că 18 % dintre rezidentele care aveau un animal de companie, din grijă faţă de starea animalului de companie, întârziaseră momentul în care s-au adresat adăpostului. Femeile erau îngrijorate cu privire la siguranţa animalului lor, se gândeau cu teama la nevoia de a găsi un alt adăpost în care să fie acceptate împreună cu animalul lor şi în care să se simtă ambii în siguranţă. Temerile sunt îndreptăţite cu atât mai mult cu cât prea puţine sunt adăposturile care să ofere oportunitatea de a locui alături de animalul de companie.

4. *Animalele pot fi un suport important pentru procesul terapeutic de vindecare a traumelor generate de episoadelor de violenţă domestică*. Terapia asistată de animale este o metodă folosită din ce în ce mai des cu succes, atât cu copii, cât şi cu adulţi. Printre principalele avantaje se numără oportunitatea de a reconstrui empatia şi compasiunea, motiv pentru care este adesea utilizată şi în situaţiile de bolnavi în etape terminale, persoane cu nevoi speciale sau cu tulburări psihice severe. Mai ales pentru copii care au fost victime a unor acte abuzive prelungite, terapia cu animale poate ajuta le reconstruirea încrederii şi redescoperirii propriilor sentimente şi a modalităţilor de a le exprima.

Toate aceste teme reîntăresc ideea că legătura dintre abuzul animalelor şi cel al membrilor familiei nu este una de ignorat, ci mai mult poate deveni sursa de informare cu privire la motivele pentru care un individ este violent şi prezenţa animalelor de companie poate fi utilizată ulterior ca punct de sprijin pentru recuperarea victimelor acestor acte de agresiune.

2.3. Justificările propriilor acte ale agresorilor domestici

O altă abordare curentă în demersul de delimitare a caracteristicilor agresorului domestic este cea a *analizei explicaţiilor pe care aceştia le oferă pentru actele lor.* Cavanagh (2001) propune o analiză a răspunsurilor bărbaţilor la propriile acte de violenţă prin aplicarea conceptului de „muncă de remediere” a lui Goffman (1971) şi cele trei „mecanisme” derivate – dări de seamă, scuze şi cereri de a explica acele acte. Goffman arată că scopul muncii de remediere este acela de „a schimba semnificaţia actului prin transformarea a ceea ce ar fi putut fi privit ca ofensiv în ceva ce poate fi văzut ca şi

acceptabil” (în Cavanagh, 2001, p. 242). Aceste trei „trucuri” par să încorporeze întreaga gamă de modalităţi în care bărbaţii răspund la violenţa îndreptată asupra partenerelor: dau socoteală pentru aceste acte prin minimizarea actelor, negarea şi plasare vinii pe seama partenerei; îşi cer scuze după eveniment – jurând dragoste necondiţionată şi promiţând să se schimbe; şi apoi trasează condiţii ce trebuie îndeplinite pentru ca violenţele să nu mai apară „solicitând” (adeseori chiar cerând) ca femeia să se poarte într-un anumit mod sau să facă anumite sarcini. Aceste răspunsuri sunt în mod predominant orientate spre limitarea daunelor. Însă răspunsurile bărbaţilor sunt în fapt mult mai complexe: bărbaţii exercită putere şi control asupra femeii nu numai prin utilizarea violenţei, dar şi prin impunerea modului în care înţeleg ei ceea ce se petrece la nivel de relaţie – influenţând modalitatea de a defini actul violent, bărbaţii încearcă să influenţeze modul în care femeia răspunde la actul său.

Dările de seamă ale bărbaţilor includ tactici de minimizare, negare şi blamare ce sunt adesea convingătoare, bărbaţii încercând să convingă partenerele că ceea ce au experenţiat nu este realmente un episod violent sau că altcineva sau altceva este vinovat pentru ceea ce s-a întâmplat. Explicaţiile pe care unele femei le oferă sunt dovada clară a reuşitei acestei strategii – partenerele dimnuează impactul şi semnificaţia violenţei, minimizează frecvenţa şi severitatea episoadelor şi fac această folosindu-se de explicaţiile oferite de către partenerii lor, precum şi de credinţele culturale referitoare la cauzele violenţei domestice. Explicaţiile oferite de către partenere nu trebuie considerate dovezi de acceptare a violenţei de către acestea, ci mai curând rezultatul unui proces interactiv în care bărbaţii caută cu orice preţ să îşi impună propriile justificări.

Scuzele fac parte din cunoscutul ciclu al violenţei. A răspunde însă la aceste scuze este un proces mult mai complicat decât ar putea părea – face parte din "munca emoţională" complexă prin care trece femeia violentată (Hochschild, 1983). Munca emoţională din relaţii este puternic influenţată de gen : ne aşteptăm ca femeile să fie partenerul mai emoţional şi care se ocupă cu gestionarea sentimentelor partenerului (Duncombe şi Marsden, 1993). Gestionarea scuzelor pe care le aduc partenerii devine o sarcină dificilă pentru femeile care interiorizează puternic acest rol. Atenţia lor este redirecţionată de la propria încărcătură emoţională, indusă de violenţă, la bărbatul aparent "stresat". Multora dintre partenere le este milă de bărbaţii lor, încearcă să îi aline şi să le

reducă stresul, de regulă supunându-se dorinţelor lor. Având mai curând grijă de emoţiile partenerului, femeile reduc sau elimină confruntarea cu abuzul.

Scuzele sunt o dovadă că bărbatul recunoaşte că un eveniment nepotrivit a avut loc dar nu sunt neapărat un semn că el îşi şi asumă responsabilitatea pentru ceea ce a făcut. Ceea ce mai adesea fac aceste scuze este şi să limiteze comunicarea între cei doi parteneri – nu mai sunt discutate motivele pentru care s-a ajuns la un astfel de comportament deoarece deja şi-a cerut scuze şi ce rost ar mai avea.

Al treilea răspuns dominant al bărbaţilor apare adesea înainte de a se întâmpla efectiv evenimentul violent. „Solicitările" bărbaţilor, spre exemplu, ca femeile să înceteze „îngăimatul"sau *cererile lor pentru anumite servicii*, impun adesea condiţii ce trebuie menţinute pentru ca violenţa să nu mai apară. Ceea ce este mai important este faptul că nerespectarea acestor cerinţe reprezintă adesea justificarea pe care o invocă agresorul pentru iniţierea atacului şi, deopotrivă, reprezintă pentru femei o aparentă soluţie dar a cărei eficienţă temporară este rapid constată şi de către femei.

Luptându-se cu sentimentele contradictorii faţă de partener, femeile ascultă ce au ei de spus vis a vis de episodul violent. Speranţele legate de o relaţie fără violenţă sunt adesea dur confruntate cu realitatea reapariţiei frecvente a episoadelor agresive, ceea ce determină femeia să pună sub semnul întrebării sinceritatea promisiunilor făcute de partenerii lor. Campbell (1998) face referire la nişte aşa numite "puncte cruciale" - mici schimbări ce puse la un loc duc la o schimbare de gândire – cu greu acceptă femeile că nu pot aduce schimbarea de mentalitate pe care o sperau.

Un alt studiu mai recent, iniţiat de Julia T. Wood (2004) analizează interviurile a 22 de deţinuţi şi, confirmând parţiale rezultate anterioare, identifică de asemenea trei categorii de explicaţii: *justificările, disocierile* şi *remuşcările*. J*ustificările* sunt o categorie de explicaţii oferite de oricare dintre participanţii la studiu, fiind "dări de seamă ce recunosc responsabilitatea actului, dar explică de ce acţiunea a fost potrivită, rezonabilă, necesară, în limitele drepturilor autorului, sau că acţiunea nu a fost aşa de rea cum este percepută" (Wood, 2004, p. 562). În cadrul acestei categorii, autoarea distinge patru teme : "Femeia a fost lipsită de respect faţă de mine ca bărbat", "Un bărbat are dreptul de a o controla – disciplina pe femeia lui", "Ea m-a provocat", "A îndurat deci a meritat -o".

Dacă justificările sunt o categorie ce se bazează pe ceea ce presupun drepturile bărbaţilor şi pe "legitimitatea" acţiunilor acestora, *disocierile* presupun deconectarea abuzatorilor de la violenţă sau chiar de la identitatea lor de "abuzatori reali". În vreme ce justificările admit violenţa şi susţin că ea este garantată, disocierile disting între anumite tipuri de violenţă şi "abuzul real" şi îi separă pe bărbaţii care pun în practică acte de o violenţă limitată de "abuzatorii reali" (Wood, 2004, p. 565). În această categorie, Wood identifică două teme: "Eu nu sunt realmente tipul abuziv" şi "Violenţa mea a fost limitată".

Remuşcările sunt a treia categorie exprimată de mai bine de jumătate din participanţii la studiu, proces ce poate fi încadrat ca o formă specifică de explicaţie denumită scuză (Scully şi Marolla, 1984 în Wood, 2004). În formularea remuşcărilor, participanţii admit atât faptul că au fost violenţi, cât şi caracterul greşit al actelor lor. O singură temă a fost identifică de către Wood : "Regret că am abuzat-o".

2.4. Tipologiile agresorilor domestici

Pe măsură ce studiile au arătat din ce în ce mai diverse combinaţii de trăsături specifice agresorilor domestici, specialiştii au resimţit nevoia de a construi tipologii care să delimiteze categoriile de agresori şi, ca şi nevoie imediată, să adapteze programele de intervenţie funcţie de nucleul specific. Încercările iniţiale în acest sens au avut la bază o *strategie de tip raţional – deductivă*. Un exemplu aferent este cel al tipologiei propuse de Elbow (1977); aceasta trasează distincţia dintre patru tipuri de sindroame de abuz plecând de la modele de comportament, caracteristici ale familiei, nevoi emoţionale şi caracteristici de personalitate. Aceste patru sindroame observate includ:

1. *Abuzatorul cu nevoie ridicată de a controla* - caracterizat de nevoia de a îi controla pe ceilalţi prin folosirea de abilităţi de persuasiune, ameninţări sau forţa (Elbow, în Shefferman, 2006). Acest tip de abuzator este genul care consideră că toate nevoile lui trebuiesc împlinite, în acelaşi timp lipsindu –i empatia şi capacitatea de a rămâne conectat emoţional la ceilalţi, motiv pentru care nevoile partenerei vor fi neglijate. Episoadele violente se vor declanşa tocmai atunci când abuzatorul va simţi că autoritatea îi este pusă la îndoială şi capacitatea sa de a îşi controla partenera este în pericol.

2. *Abuzatorul cu nevoie ridicată de a se apăra* – este similar primului tip, în sensul că experienţiază un grad ridicat de gradomanie şi caută un partener pe care să îl poată controla. Ceea ce îl distinge totuşi este dependenţa stimei sale de sine de capacitatea partenerului de a arăta umiliţă şi de aceea el este mai interesat să îşi "salveze" sau protejeze partenerul decât să îl controleze efectiv (Elbow, în Shefferman, 2006). El este cel care oferă în relaţia intimă şi se simte imediat ameninţat atunci când percepe că nu îi este necesar partenerului sau că protecţia lui nu mai este solicitată.

3. *Abuzatorul care caută aprobare* – este cel dependent de acceptarea şi aprobarea primită din partea celorlalţi (Elbow, în Shefferman, 2006). Stima sa de sine este extrem de fragilă şi trebuie să fie constant reîntărită de către partener. Mecanismul declanşator al violenţei este înteţinut de însuşi teama atacatorului de a fi respins de ceilalţi – stima sa de sine scăzută îl determină să se aştepte la reacţii de respingere din partea partenerului, şi în lipsa lor, el declanşează un atac verbal ce poate escalada până la nivelul unui atac fizic.

4. *Abuzatorul cu nevoie ridicată de incorporare* – este caracterizat de un sentiment general de disperare şi de nevoia puternică de a se agăţa de partener pentru a îşi păstra sentimentul de valoare. Elbow arată că identitatea acestui tip este definită de relaţiile sale şi că el are tendinţa de a izbucni în episoade de mânie explozivă, depresie severă, ajungând până la ideaţie suicidară (Shefferman, 2006).

Un alt exemplu de tipologie derivată raţional este cea propusă în 1988 de Shields, McCall şi Hanneke care, pornind de la teoria socioculturală şi sociostructurală a violenţei, afirmă că violenţa interpersonală este învăţată în cadrul familiei şi în grupuri sociale şi este transmisă intergeneraţional. După intervievarea a 85 de bărbaţi violenţi, autorii sus menţionaţi au identificat trei categorii de violenţă masculină : doar în familie, doar în afara familiei, violent în general. Conform lui Shields şi colab. (1988), „se pare că grupul de violenţi „doar în familie" foloseşte violenţa în principal ca o modalitate de a face faţă stresului şi conflictului din relaţia maritală, în vreme ce grupul „general" violent pare să se bazeze pe violenţă ca o strategie interpersonală generală" (în Shefferman, 2006, p. 15).

Alte tipologii raţional-deductive s-au concentrat asupra severităţii abuzului. În acest sens, Mott – McDonald (1979) propune distincţia dintre: cei care lovesc şi cei care

abuzezează. Cei ce lovesc ocazional sunt cei mai responsabili de faptele lor şi care se şi căiesc mai des pentru ceea ce au făcut, în vreme ce ce lovesc în mod repetat, abuzatorii, sunt mai violenţi atât din punct de vedere al frecvenţei cu care recurg la aceste acte, dar şi în ceea ce priveşte severitatea loviturilor, şi nu îşi asumă responsabilitatea pentru actele lor (Saunders, 1992 în Shefferman, 2006).

În scurt timp însă, aceste trei criterii s-au dovedit insuficiente, tipologia abuzatorului evoluând spre o *strategie empiric-inductivă***,** în cadrul căreia sunt utilizate proceduri statistice mai complexe în analiza a diferite eşantioane clinice şi non clinice.

Gondolf (1988) a stabilit o tipologie a abuzatorilor domestici în baza studiului unui lot de 6000 femei care fuseseră violentate pe o perioadă de 18 luni. El propune de asemenea o clasificare în trei categorii: Tipul I sau *abuzatorul sociopat* cu nivele ridicate de abuz fizic şi emoţional. Indivizii din această categorie tind să fie violenţi şi în afara familiei şi să fie frecvent arestaţi pentru actele lor violente, dar şi pentru alte tipuri de infracţiuni. Tipul II sau *abuzatorul antisocial* este în general violent, verbal şi fizic , în cadrul relaţiei sale intime,dar este mai puţin supus riscului de a fi arestat pentru faptele sale. Tipul III propus de Gondolf reprezintă *abuzatorul tipic* care comite acte de violneţă fizică şi verbală mai puţin abuzive decât tipurile anterior enunţate. Acest gen va utiliza rar o armă şi va fi mai puţin violent în afara căminului conjugal.

Gotmann şi colaboratorii (1995) au propus o tipologie pornind de la analiza relaţiei dintre comportamentele agresive şi violente şi răspunsurile psihologice din cadrul unui conflict marital. Ritmul cardiac al abuzatorului masculin a fost înregistrat pe măsură ce abuzatorul trece de la un nivel de bază al relaţiei spre o interacţiune de tip conflictual. Cercetările arată că 20 % din bărbaţi au un ritm cardiac scăzut pe măsură ce devin mai agresivi verbal. Aceşti abuzatori au fost calificaţi ca şi abuzatori de Tip I. Gottman şi colaboratorii arată că aceşti indivizi sunt capabili de grade severe de violenţă, precum şi de abuz emoţional prin comparaţie cu abuzatorii de Tip II. Cei din Tipul I sunt şi cei cu caracteristici antisociale mai preganate, care vor afişa comportamente violente şi în afara relaţiei intime, în vreme ce bărbaţii de Tip II sunt cei cu nevoi emoţionale mai pregante şi astfel mai dependenţi ceea ce face ca ei să se înregistreze cu nivele moderate spre scăzute de agresivitate (Cavanaugh, Gelles, 2005).

Johnson (1995) analizează de asemenea datele obţinute de pe un eşantion extins şi

distinge patru modele de violenţă între parteneri: a. *violenţa obişnuită de cuplu, b. terorismul intim, c. rezistenţa violentă şi d. controlul violent mutual.*

Clasificarea de mai sus are la bază patternurile de control observate la nivel de relaţie. Celor patru modele le corespund patru patternuri: (a) violenţa care există în contextul unui conflict specific în care un partener atacă fizic pe celălalt şi care corespunde violenţei obişnuite, respectiv unui pattern general de control mai puţin orientat spre violenţă severă şi înclinat spre reactivitate mutuală; (b) violenţa utilizată ca un pattern general face referire la terorismul intim – definit ca sever, tinzând să escaladeze în timp şi mai puţin mutual; (c) violenţa unui partner în contextul relaţiei în care celălalt partener este violent şi tinde să controleze face referire la rezistenţa violentă, în vreme ce (d) controlul violent mutual este specific patternului în care ambii parteneri sunt violenţi şi doresc să controleze (Cavanaugh, Gelles, 2005).

Hamberger şi colaboratorii (1996) întreprind o analiză asupra a 204 bărbaţi cu istoric de violenţă domestică şi evidenţiază 3 categorii de abuzatori : (a) *dependenţii pasivi agresivi*, (b) *antisocialii* şi (c) *non patologicii*. Aceste categorii sunt similare celor propuse de Holtzworth – Munroe şi Stuart; nonpatologicii corespund abuzatorilor exclusiv în familie, în vreme ce dependenţii pasiv agresivi sunt similari disforicilor borderline cu patternuri organizaţionale, depresie şi anxietate excesivă.

Din categoria tipologiilor inductiv – empirice, cea mai consacrată rămâne însă cea propusă de Holtzworth – Munroe şi Stuart (1994). Aceştia analizează un număr de 15 tipologii asupra abuzatorilor domestici anterior propuse şi constată că bărbaţii care sunt violenţi în cadrul relaţiei lor conjugale reprezintă un grup relativ omogen care variază la nivelul a trei dimensiuni teoretice importante (Cavanaugh, Gelles, 2005):

1. *severitatea şi frecvenţa* actelor maritale violente
2. *gradul de generalitate* al violenţei (numai în familie sau şi extrafamilial)
3. *psihopatologia abuzatorului masculin* sau incidenţa tulburărilor de personalitate.

Folosind aceste trei dimensiuni cu caracter descriptiv cei doi autori propun o tipologie proprie care incude trei subtipuri de bărbaţi violenţi domestic : (a) doar în familie; (b) borderline – disforici şi (c) în general violenţi – antisociali.

Tipul denumit doar în familie (sau abuzatorul moderat violent) este categoria în care s-ar încadra soţii cei mai puţin violenţi. Aceşti abuzatori sunt caracterizaţi de un

minim de trăsături psihopatologice sau chiar deloc şi vor avea manifestări violente minime în afara căminului conjugal. Conform celor doi autori, acest subtip include aproximativ 50 % din abuzatorii domestici. Într –o recenzie din 2000, Holtzwoth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman şi Stuart, conchid "violenţa abuzatorilor doar în familie este rezultatul unei combinaţii între stres (personal sau marital) şi factori de risc de nivel scăzut (spre exemplu, expunerea încă din copilărie la violenţă maritală, abilităţi relaţionale limitate), de o aşa natură încât, doar în anumite ocazii - de conflict marital escaladant - ei se angajează la acte de violenţă fizică. După astfel de incidente, totuşi, nivele lor scăzute de psihopatologie şi probleme (spre exemplu, impulsivitate, disfuncţii de ataşament), în combinaţie cu atitudinea lor pozitivă faţă de femei şi atitudinea negativă faţă de violenţă, duc la remuşcări şi ajută la prevenirea sporirii violenţei lor" (din Shefferman, 2006, p. 22).

Cel de –al doilea subtip definit de Holtzworth – Munroe şi Stuart (1994) este cel al *borderline – disforicilor.* Aceşti bărbaţi se angajează în acte de violenţă domestică de nivel moderat spre sever, agresivitatea lor fiind în principal îndrepată împotriva partenerei; de asemenea aceştia recurg la acte violente şi în afara căminului conjugal. Acest subtip reprezintă 25 % din abuzatorii domestici şi se caracterizează prin importante episoade de gelozie, neputând tolera separarea de parteneră. În aceeaşi recenzie din 2000, Holtzwoth-Munroe şi colab. subliniază: "Acestora le lipsesec deprinderile de relaţionare maritală, au atitudini ostile faţă de femei şi au atitudini moderate favorabile faţă de violenţă. Acest grup se aseamănă cu abuzatorii studiaţi de Dutton (1995), care sugera că experienţele traumatice timpurii duc la o organizare a personalităţii de tip borderline, mânie şi ataşament nesecurizat, ceea ce determină ca atunci când este frustrat, bărbatul să devină violent faţă de figura adultă de ataşament (spre exemplu, soţia)" (din Shefferman, 2006, pp. 22-23).

În sfârşit, cel de-a treilea subtip se referă la *bărbaţii antisociali* – în general agresivi, cei care reprezintă categoria cea mai violentă, angajaţi în nenumărate acte de violenţă domestică, având adesea şi un bogat istoric infracţional. Ei tind să portretizeze majoritatea caracteristicilor tulburării de personalitate de tip antisocial.

Studii recente susţin rezultatele propuse de Holtzworth – Munroe şi Stuart în 1994. Langhrinrichsen - Rohling şi colab. (2000) compară tipologii derivate empiric şi altele

derivate din teorie şi arată că tipologia cu "abuzatori doar în familie, în general violenţi – antosociali, şi disforici se distinge printr-un istoric de ideaţie suicidară, atractivitate aşa cum este ea judecată de către terapeuţi, abilitate percepută de a tolera frustrarea şi a controla violenţa la sfârşitul unei cure terapeutice, probabilitate estimată de a mai fi violent în următoarele şase luni şi măsura în care ar duce la bun sfârşit un program terapeutic" (din Shefferman, 2006, pp. 24) – altfel spus, în cadrul unui program de intervenţie pentru abuzatori, clinicienii au reuşit să facă distincţie între tipurile de abuzatori folosind cele trei dimensiuni propuse de către Holtzworth – Munroe şi Stuart.

2.5. Agresorul persoanelor în vârstă

Discuţia referitoare la caracteristicile abuzatorilor comportă un capitol distinct atunci când vine vorba de *abuzul îndreptat împotriva persoanelor de vârsta a treia şi/sau a patra*. Cercetările arată un anumit profil al copilului adult ce îşi abuzează părinţii şi propune chiar şi o tipologie aparte.

Copilul adult ce îşi abuzează părinţii este de regulă adultul încă dependent financiar de veniturile părintelui ajuns la vârsta a treia. Cercetările arată că din rândul odraslelor adulte ce îşi abuzează mamele, 77 % sunt parţial sau chiar integral financiar dependente de acestea, şi 65 % sunt parţial sau integral dependente de acestea când vine vorba de locuinţa stabilă (Ulsperger, Wilson, în Encyclopedia of Domestic Violence, 2007). Ca o consecinţă directă, rata şomajului este una foarte ridicată în rândul acestor abuzatori, precum şi incidenţa problemelor de adicţie faţă de alcool sau droguri. O mare parte din aceşti abuzatori au şi un istoric bogat al problemelor cu justiţia sau al internărilor în instituţii de sănătate mintală. Sunt tipul de oameni extrem de rezervaţi când vine vorba de a furniza îngrijire unui părinte îmbătrînit, motiv pentru care se angajează deseori în conflicte şi cu partenerul pe această temă; dacă totuşi se hotărăsc să dea un minimum de atenţie părintelui, aşteptările sale sunt extrem de nerealiste. Problemele sunt cu atât mai complexe în situaţia în care adultul abuziv este singurul furnizor posibil de sprijin şi îngrijire pentru acea persoană de vârsta a treia; acolo unde nu mai sunt alte rude sau cunoştinţe ce pot servi de sprijin, relaţia de dependenţă a bătrânului este expoatată la maximum de către fiul adult. În ceea ce priveşte genul abuzatorului, studiile arată că 64% dintre abuzatorii de părinţi adulţi sunt fii, în vreme ce doar 36 % din aceştia sunt fiice; de

asemenea, fiicele vor apela mai des la forme de abuz psihic, în vreme ce fii vor recurge cu mai mare uşurinţă la forme de agresiune fizică.

Ţinând cont de aceste trăsături generice ale abuzatorului, literatura trasează distincţia între trei tipuri de fii abuzatori ai părinţilor ajunşi la vârsta a treia (Ulsperger, Wilson în Encyclopedia of Domestic Violence, 2007, pp.291-292):

1. *fiul adult OSTIL* este tipul cu probleme serioase în relaţionarea cu părinţii săi şi care îşi începuturile în trecutul îndepărtat – încă de la vârste fragede, aceştia nu s-au înţeles cu părintele victimă. Acest tip va reclama frecvent afecţiunile patologice ale părintelui. Negând comportamentul lor ca şi sursă de conflict, abuzatorii reclamă problemele mentale ale părinţilor sau cele legate de abuzul de substanţe ca şi declanşator al problemelor de relaţionare dintre el şi aceştia. Singurul motiv pentru care ei oferă sprijin părinţilor rezidă în fapt din presiunea exercitată de ceilalţi membri ai familiei în acest sens. Fii din acest tip vor prefera părintele pasiv şi nu se vor teme să mărturisească dorinţa intimă ca părintele să moară pentru a se elibera de această povară. Cercetările îl descriu pe fiul adult ostil ca tensionat şi nedemn de încredere, mânia acestuia faţă de părinte este evidentă în chiar povestirile legate de felul în care îi oferă sprijin (sentimentul de ostilitate este o trăsătură specifică a acestui tip, îndreptată împotriva omenirii în genere). Fii adulţi ostili tind să fie persoane cu o educaţie aleasă, dar care au un sentiment puternic de nerealizare; nu este deloc surpinzător faptul că ei găsesc natural faptul de a îşi blama părinţii pentru că l –ar fi ţinut în loc la un moment dat şi i-a fi limitat potenţialul, chiar faptul de a fi obligat acum să îl îngrijească întăreşte această convingere. De regulă ei nu locuiesc în acelaşi perimetru cu părinţii, dar sunt tipul cel mai agresiv, crizele puternice din viaţa sa acţionând ca declanşator al episodului agresiv.
2. *fiul adult AUTORITAR* este tipul cu o personalitate dominatoare, rigidă, ce apelează cu uşurinţă la pedepse. Cercetările îi descriu pe aceştia ca şi persoane critice, nerăbdătoare, directe. Nu sunt consumatori de diverse substanţe şi sunt de regulă mai puţin educaţi decât cei din tipul ostil. Ei consideră mai rar că a avea grijă de părinţi este o povară, ci dimpotrivă

aceştia sunt tipul ce cred că nimeni altcineva nu ar putea face aceasta mai bine ca ei. Deşi au această imagine pozitivă despre ei înşişi şi abilităţile lor, în acelaşi timp ei cred despre părinţi că ar putea face un efort mai mare ca să nu fie aşa de dependenţi de ei, dar că în fapt nu doresc să depună acest efort. Cu toate că se plîng de aceasta, ei se bucură de şansa de a controla majoritatea aspectelor din viaţa părinţilor lor ajunşi la vârsta a treia. Dacă se recurge la soluţia ca părintele să locuiască sub acelaşi acoperiş cu fiul îngrijitor, abuzul constă în lovire când o regulă a gospodăriei este încălcată. Părintele ajunge să fie tratat ca un copil, motiv pentru care încercările părintelui de a se sfătui cu alte rude sau cunoştinţe cu privire la anumite aspecte ale vieţii sale sunt considerate o lipsă de respect faţă de fiul îngrijitor şi adesea acesta va apela la soluţia instituţionalizării părintelui bolnav pentru a fi în control total asupra acestuia.

3. *fiul adult DEPENDENT* este categoria copilului ajuns la vârsta adultă în situaţia de a fi încă dependent financiar de părinţii săi. Şomer sau angajat pentru un salariu foarte mic, acesta este fiul care a trăit alături de părinţi aproape continuu, sau în acele perioade în care nu şi-a permis o locuinţă separată. Cercetările arată că acesta e tipul ce nu este deplin maturizat şi care nu ajuns niciodată la nivelul de dezvoltare economică şi socială specifică vârstei adulte. Aceştia sunt adulţii cărora nu prea le pasă de felul în care se prezintă în societate, nu îşi îngrijesc prea mult nici spaţiul în care locuiesc şi sunt adesea pasivi.Pasivitatea acesta trece însă pe un loc secundar atunci când situaţii de criză declanşează mânia. Prin comparaţie cu cele două tipuri descrise anterior, fii dependenţi tind să se implice mai rar în activităţi sociale formale şi sunt mai rar căsătoriţi. Deşi adesea părintele de vârsta a treia este singurul lor partener de relaţionare, actele de îngrijire oferite acestuia sunt mult mai puţin variate decât cele ale primelor două tipuri. Tot comparativ cu stilurile ostil şi autoritar, dependentul este mai puţin dispus să discute despre episoadele sale de agresivitate faţă de părinţi.

Segmentul populaţiei de vârsta a treia va fi în curând segmentul majoritar al

populaţiei globului. De vreme ce fii – fiicele sunt în continuare furnizorul principal de sprijin şi îngrijire pentru acest segment, ne aşteptăm ca incidenţa violenţei să sporească şi la acest nivel şi identificăm nevoia de a se supune atenţiei cercetărilor pentru a identifica metodele cele mai eficiente de prevenţie, diminuare şi intervenţie.

În concluzie ceea ce se poate remarca ca fiind comun tuturor acestor tipologii este plasarea diferitelor tipuri de abuzatori pe un continuum de la un nivel scăzut de violenţă trecând prin unul moderat şi ajungând spre nivelul sever, cu cel mai ridicat grad de risc pentru parteneră şi membrii familiei. Aşa cum nici tablourile de caracteristici nu au reuşit să epuizeze profilul abuzatorului domestic, în mod similar aceste tipologii nu au rolul de a trasa o limită, ci dimpotriva de a sugera potenţiale combinaţii de trăsături funcţie de care să fie ulterior construite pograme profilactice şi de intervenţie.

3. CONSECINŢELE VIOLENŢEI INTRAFAMILIALE ASUPRA VICTIMELOR

3.1. Femeia victimă a violenţei domestice

3.1.1. Consecinţele pe plan fizic

Manifestată în spaţiul restrâns şi privat al instituţiei familiei, violenţa domestică rămâne adesea ascunsă suficient timp ca rănile să dispară şi toţi cei implicaţi să se poate preface iar şi iar, că nimic nu s-a întâmplat şi că viaţa merge înainte. Dar a crede că urmele unor astfel de acte pot fi şterse definitiv este o simplă iluzie. În realitate fiecare nouă rană, fiecare cuvânt de ocară primit, fiecare secundă de libertate furată contribuie la un tablou simptomatic al consecinţelor de lungă durată ale violenţei domestice asupra victimelor extrem de complex.

Din punct de vedere al *consecinţelor fizice*, rănile, plăgile, vănătăile, echimozele, etc sunt semnele directe cel mai des întâlnite pe faţă, gât, torace, piept sau abdomen

(Mullerman et al., 1996 în Campbell et al., 2002). În ceea ce priveşte efectele de lungă durată, studii diferite documentează o varietate de astfel de riscuri. Citat ca un articol de referinţă pentru domeniul de cercetare a consecinţelor medicale ale violenţei domestice, studiul lui Campbell şi colaboratorii *(2002)* porneşte la rândul său de la o serie de rezultate anterioare extrem de pertinente. Astfel, se identifică dureri sau stări de disconfort asociate cu diverse simptome recurente ale sistemului nervos central, precum dureri de cap, dureri de spate, stări de leşin sau convulsii (Plichta et al., 1996, Leserman et al., 1998, Coker et al, 2000). De asemenea, starea de abuz prelungit se asociază şi cu o vulnerabilitate mai crescută la boală în genere, şi, ca o consecinţă directă, cu o paletă largă de simptome şi tulburări asociate cu stări cronicizate de teamă şi stres, precum tulburările funcţiilor gastrointenstinale şi pierderea apetitului (Mc Cauley et al., 1995, Plichta et al., 1996, Coker et al, 2000), probleme digestive şi de tranzit precum diareea, durerile abdominale şi constipaţia (Drossman, 1999; McCauley et al., 1995; Talley, Fett, & Zinsmeister,1995), ulcerile stomacale, colon spastic şi refluxul gastric (Coker, Smith et al, 2000) şi alte tulburări ale sistemului digestiv (Kernic, Wolf & Holt, 2000), infecţii virale, oarecum răcelile şi gripele (Kerouac, 1986, Letorneauet al., 1999), şi probleme cardiace, precum hipertensiunea sau durerile de piept (Koss, 1992, Letorneauet al., 1999).

De asemenea, dureri musculare şi osoase (Hamberg, Johansson, & Lindgren, 1999), dureri în piept, dureri de cap şi de gât (Bergman, Larsson, Brismar, & Klang, 1987; Domino & Haber, 1987; McCauley et al., 1995; Muelleman et al., 1998), şi diferite tensiuni musculare (Bergman et al., 1987) au fost asociate cu abuzul domestic. Alte diferite tulburări cronice, precum artitrita, angina şi problemele cardiace şi de circulaţie (Coker, Smith, et al., 2000) şi tulburări severe ale menstruaţiei (Plichta & Abraham, 1996), au fost identificate în corelaţie cu violenţa domestică. Având în vedere că din femeile abuzate fizic de către soţii lor, aproximativ 40 % - 45 % sunt abuzate şi sexual, incidenţa simptomelor ginecologice este de asemenea mai crescută în rândul acestor femei. Boli cu transmitere sexuală, infecţii vaginale şi sângerări, fibroame, dureri pelviene şi infecţii ale tractului urinare, sunt listate de mai multe studii ca asociate cu expunerea prelungită la abuz sexual (Schei, 1989, 1991, Eby et al, 1995, Plichta et al., 1996). Neoplasmul cervical şi cancerul cervical au fost asociate cu violenţa domestică (Coker, Sanderson, Fadden, & Pirisi, 2000), cea mai probabilă cale de infecţie fiind cea

cu virsul uman papiloma (Augenbraun, Wilson, & Allister, 2001; Brokaw et al., 2002; Plichta & Abraham, 1996).

Noutatea studiului lui Campbell şi colab. (2000) constă în compararea rezultatelor obţinute de la un lot semnificativ de femei abuzate (980) cu cele ale unui lot de femei neabuzate (1000). Rezultatele au fost comparate atât la nivel de index general al sănătăţii, dar şi la nivel de grupe de probleme de sănătate (tulburări asociate stărilor prelungite de stres şi teamă, probleme ginecologice şi tulburări cardiace), arătându –se că femeile abuzate aveau o rată de aproximativ 60 % mai mare de incidenţă a problemelor de sănătate faţă de femeile care nu fuseseră niciodată abuzate. Durerile de cap, de spate, infecţiile vaginale şi problemele digestive sunt printre cele mai frecvent raportate probleme de către ambele grupe de studiu, dar pentru fiecare din acestea incidenţa raportată de către femeile abuzate este semnificativ mai mare decât cea raportată de către femeile neabuzate. Boli cu transmitere sexuală, sângerări vaginale, contacte sexuale dureroase, dureri pelviene, infecţii ale tractului urinar, lipsa apetitului sau durerile abdominale sunt tulburări raportate cu o frevenţă mai redusă de către femeile neabuzate, dar semnificativ frecvente în rândul celor abuzate.

3.1.2. Cazul femeilor însărcinate

Un subcapitol distinct al analizei consecinţelor violenţei domestice asupra victimelor femei este dedicat de către specialiştii în domeniu explorării efectelor pe care acest flagel le are asupra *femeilor însărcinate*.

Bacchus, Mezey, Bewley (2006) citează o cercetare timpurie a lui Gelles (1975) ce indică cinci explicaţii alternative pentru apariţia violenţei domestice pe parcursul unei sarcini: frustarea sexuală a bărbatului, schimbări de dispoziţie induse de modificările hormonale ce au loc în corpul femeii, stresul asociat cu iminenta parentalitate, vulnerabilitatea fizică crescută a femeii şi sentimentul ei de neajutoare, precum şi o dorinţă conştientă sau inconştientă de a nu duce la bun sfârşit sarcina. Aceste explicaţii au fost ulterior criticate pentru faptul că blamează prea mult victima şi minimalizează responsabilitatea partenerului pentru actele de violenţă iniţiate (Campbell et al., 1993). O altă serie de cercetări arată mai târziu că violenţa domestică ar fi rezultatul geloziei crescute şi a resentimentelor vis a vis de copilul nenăscut (Campbell et al., 1993; Mezey,

1997). Cert este faptul că femeile care sunt în relaţii abuzive se luptă să păstreze controlul asupra sănătăţii lor sexuale şi reproductive şi au dificultăţi în accesarea serviciilor de sănătate în timpul sarcinii. În multe relaţii abuzive, accesul sexual este obţinut prin utilizarea de ameninţări şi chiar a forţei fizice. Măsura în care femeia are sau nu acces la servicii de planificare familială poate fi de asemenea controlată de către partenerul abuziv (Campbell, Pugh, Campbell & Visscher, 1995), ceea ce duce desea la apariţia unei sarcini nedorite. Mai multe studii au identificat o asociere între violenţa domestică şi o sarcină nedorită sau neplanificată (Campbell et al., 1995; Cokkinides & Coker, 1998; Hillard, 1985; Leung, Leung,Lam, & Ho, 1999). Femeile abuzate pot fi prevenite din a căuta servicii medicale de specialitate de către partenerii lor abuzatori ceea ce poate duce la întârzierea oferirii de îngrijiri specializate sau la întâlniri ratate (Dietz et al., 1997; Gazmarian et al., 1995; McFarlane, Parker, Soeken, & Bullock, 1992; Purwar, Jeyaseelan, Varhadpande, Motghare, & Pimplakute, 1999; Taggart & Mattson, 1996).

Deşi a fost găsită în anumite studii o legătură între întreruperea unei sarcini şi episoadele de violenţă domestică, este destul de dificil de stabilit că violenţa domestică este un factor antecedent (Coggins & Bullock, 2003; Evins & Chescheir, 1996; Hedin-Widding & Janson, 2000; Webster et al., 1996). Într-un studiu al lui Glander, Moore, Michielutte, şi Parsons (1998), femeile invocă o relaţie problematică ca şi motiv principal pentru decizia de a întrerupe sarcina. Femeile abuzate tind mult mai puţin decât cele neabuzate să îşi informeze partenerul cu privire la decizia de a înterupe şi deasemenea mărturisesc că au primit mult mai puţin sprijin din partea partenerului pentru a duce la capăt această decizie. Excluderea partenerului din decizia de a întrerupe sarcina poate reprezenta din partea femeii o încercare de a exercita control în cadrul relaţiei abuzive (Dattel & Chez, 1996). În contextul unei astfel de relaţii abuzive, decizia de a întrerupe sarcina fără informare poate reprezenta un risc şi poate avea consecinţe negative în ideea că induce partenerului suspiciuni cu privire la parentalitate, iscând aşadar noi motive de gelozie şi inerent de violenţă ulterioară.

Conducând propriul studiu, Bacchus, Mezey, Bewley (2006) propun şi ei o serie de explicaţii pentru incidenţa violenţei în cursul sarcinii:

- *Puterea şi controlul.* Toate femeile au făcut referire la aspectele legate de putere şi control în cadrul relaţiei lor, indiferent de momentul când a apărut violenţa (în

timpul sarcinii, în afara acesteia, în ambele situaţii). Sarcina simbolizează controlul autonom al femeii asupra corpului său şi independeţa sa faţă de partener. În cursul sarcinii femeile îşi doresc şi chiar primesc mai multă atenţie din partea prietenilor, familiei sau furnizorilor de servicii medicale, ceea ce crează mai multe oportunităţi ca ceilalţi să remarce urmele violenţei şi astfel să decteze prezenţa acestui fenomen la nivel de diadă. Devine mai dificil aşadar ca violenţa să fie ţinută secretă sau să fie explicate altfel o serie de vânătăi şi răni fizice (Mezey, 1997). Dat fiind faptul că aspectul controlului reprezintă un aspect cheie al violenţei domestice, atacurile abuzatorului în această perioadă se interpretează ca şi încercări ale acestuia de îşi restabili controlul.

Una dintre modalităţile prin care bărbaţii caută să controleze şi limiteze libertatea partenerei în cadrul unei relaţii abuzive este şi limitarea accesului la bani. Sarcina este adesea asociată cu o presiune financiară ridicată asupra familiei şi multe dintre femei mărturisesc declanşarea episoadelor violente ca urmare cererilor crescute şi mai frecvente de sprijin financiar. Sarcina se asociază şi cu o scădere semnificativă a veniturilor unei femei care anterior a lucrat, precum şi cu o viitoare sursă de cheltuieli din resursele familiei. Femeile devin aşadar mai dependente financiar de veniturile partenerului şi sunt nevoite să negocieze cu acesta sumele necesare, situaţie care prezintă un potenţial crescut de risc de provocare a unui răspuns violent.

- *Gelozia şi posesivitatea.* S-a precizat şi în alte contexte faptul că bărbaţii devin violenţi faţă de partenerele lor şi datorită unui grad ridicat de nesiguranţă emoţională aliementată adesea de gelozia sexuală şi posesivitatea acestora (Dobash & Dobash, 1984). Un copil nenăscut poate fi perceput ca o ameninţare directă la adresa bărbatului, un rival la atenţia, grija şi capacitatea de a lucra a femeii. De asemenea, pe parcursul sarcinii o femeie tinde să fie mai preocupată de aspectul fizic şi de viitoarea naştere şi este mai puţin disponibilă emoţional pentru partener (Mezey, 1997). Bărbaţilor la rândul lor le vine destul de greu să răspundă într-un mod cât mai suportiv la cerinţele crescute ale partenerei şi resping ideea că viitorul copil ar impune o serie de limitări atenţiei cuvenite lui. Nu rar sarcina atrage gelozie şi suspiciuni din partea partenerului care nu este convins că viitorul

copil este al său. Obiectul geloziei pot fi şi relaţiile cu prietenii sau familia care îi acordă mai multe atenţie femeii însărcinate.

- *Lipsa disponibilităţii emoţionale şi fizice.* Cu un grad sporit de dependenţă emoţională, bărbaţii au nevoie ca partenera să furnizeze reasigurarea emoţională şi sunt destul de sensibili la respingeri. Se arată că bărbaţii tind să îşi însoţească partenera la întâlnirile cu medicul pentru a evita detectarea abuzului de către aceştia (Gayford,1975; McFarlane & Parker, 1994). Sprijinul lor este aşadar cu interes personal şi prea puţin orientat spre nevoile femeii. Deopotrivă, abuzatorii domestici se rezumă adesea la atitudini convenţionale vis a vis de rolurile de gen aşteptându –se ca femeia să ia în continuare responsabilitatea pentru sarcinile gospodăreşti şi creşterea copiilor (Dobash & Dobash, 1984). Extenuarea fizică şi mobilitatea redusă ce intervin ca urmare a creşterii sarcinii determină femeia să fie mai puţin capabilă să răspundă prompt tuturor acestor cerinţe şi declanşează astfel atacurile violente.
- *Frica de abandon.* S-a sugerat faptul că pentru unele femei, sarcina acţionează ca un semnal impetuos că partenerul abuziv trebuie părăsit căci viitorul copil poate fi martor sau chiar subiect al violenţei partenerului (Mezey, 1997). Din păcate, este recunoscut faptul că riscul de violenţă creşte pe măsură ce femeia se pregăteşte să plece (Binney, Harknell, & Nixon, 1981; Kurz, 1996). Sarcina paote deveni ea însăşi o capacană – femeile sunt din ce în ce mai vulnerabile o dată ce momentul naşterii se apropie şi se tem să mai părăsească relaţia.
- *Ambivalenţă faţă de relaţie***.** Femeile îşi descriu partenerii adesea ca şi buni, gentili şi taţi grijulii în ciuda violenţei şi abuzului la care le supun. Adesea ele se consideră vinovate de declanşarea episodului violent şi preferă să se blameze acoperind vina evidentă a unui partener atât de "GRIJULIU".

Indiferent de motiv, discuţia de faţă trebuie să aibă în vedere şi diversele consecinţe pe care le poate avea violenţa exercitată asupra unei femei însărcinate. Printre aceste consecinţe documentate de cercetările contemporane se număra:

a. Întârzierea deciziei de a intra într-un program de îngrijire prenatală. Pentru ca sarcina să decurgă în cele mai bune condiţii, orice femeie trebuie să apeleze la medic pentru a începe un program de îngrijire prenatală în primul trimestru al sarcinii sale. Din

păcate, femeile implicate într-o relaţie abuzivă adesea apelează la un astfel de serviciu mult mai târziu decât femeile care nu sunt într-o astfel de relaţie violentă (Jasinski, în Encyclopedia of Domestic Violence, 2007); mai mult de atât, sunt femei care ajung să amâne acest moment până chiar în semestrul trei al sarcinii . Este mai mult decât evident faptul că această întârziere reprezintă un factor major de risc atât pentru sănătatea copilului, cât şi pentru a mamei – pe de o parte se reduc posibilităţile de a identifica de timpuriu potenţiale complicaţii şi de a interveni unde este posibil, pe de altă parte mama nu primeşte educaţia necesară pentru a duce la bun sfârşit sarcina (mai ales la prima sarcina acesta fiind un factor de risc suplimentar).

b. Naşterea de bebeluşi sub greutatea normală. În acest caz sunt studii care arată o corelaţie între incidenţa actelor de violenţă şi incidenţa naşterilor înainte de termen, cu bebeluşi sub greutatea normală, precum există şi studii care nu găsesc nici un fel de relaţie între violenţă şi naşterea de copii sub greutatea normală. Jasinski (2007), citează un studiu al lui Fernandez şi Kruegger (1999) în care dintr-un lot de 100 de femei victime ale violenţei domestice, un procent de 16 % dau naştere la copii sub greutatea normală, în vreme ce dintr-un lot de 389 de paciente ce nu fuseseră victime ale violenţei domestice, doar un procent de 6 % fuseseră în situaţia de a da naştere unui copil sub greutatea normală. În plus, faţă de existenţa *per se* a violenţei, naşterea de copii sub greutatea normală poate fi o consecinţă directă a sus amintetei întârzieri de apelare la un program potrivit de îngrijire prenatală, şi mai departe a unui comportament inadecvat al mamei pe parcursul sarcinei ce poate include consumul de substanţe adictive, fumatul, nutriţia precară, etc. Pe de cealaltă parte, se citează studiul lui Cokkinides et al. (1999) care se foloseşte de datele înregistrate în Sistemul Monitor de Evaluare a Riscului pe parcursul Sarcinii din Carolina de Sud – în rândul celor 6 143 de femei care au dat naştere unui copil între 1993 şi 1995 neidentificându-se o legătură între incidenţa actelor de violenţă domestică şi incidenţa naşterilor de copii sub greutatea normală.

c. Travaliul prematur. Datele contradictorii se menţin şi în acest caz. În studiul citat anterior - Fernandez şi Kruegger (1999)- din cele 100 de victime ale violenţei domestice, un procent de 22 % dintre femei au dat naştere copilului înainte de termen, în vreme ce din din cele 389 de paciente care nu fuseseră victime declarate ale unui incident de violenţă domestică, doar 9 % fuseseră în situaţia de intra în travaliu înainte de termen.

Alte cercetări confirmă faptul că femeile victime ale unor abuzuri severe sunt de cinci ori mai predispuse riscului de a da naştere copiilor înainte de termen faţă de femeile neabuzate. Pe de altă parte, studii precum cel al lui Cokkinides et al. (1999) arată că nu există nici o legătură între violenţa domestică şi naşterea prematură.

d. Traume fetale. Una dintre cele mai serioase consecinţe negative ale violenţei manifestate pe parcursul sarcinii este cea a traumatizării fetusului (sarcina nu poate fi purtată până la capăt, avortul spontan intervine în lipsa unor disfuncţii fiziologice, etc). Spre deosebire de alte consecinţe citate, în acest caz rezultatele cercetărilor tind să fie consistente – violentarea femeii însărcinate pune viitorul bebeluş într-o situaţie de risc avansat. Jasinski (2007) citează studiul lui Jacoby şi colab. (1999) asupra a 100 de femei aflate în îngrijire prenatală în care se arată că femeile care trec prin orice formă de abuz pe parcursul sarcinii sunt semnificativ mai expuse riscului de a nu păstra sarcina (un procent de 42.3 faţă de unul de 16.2 femei neabuzate). Mai mult, se arată în acelaşi studiu o asociere dintre starea curentă de abuz şi cel puţin un avort spontan în istoricul obstretic al femeii.

e. Afectarea sănătăţii mamei. Consecinţele violenţei domestice asupra femeii, atât în plan fizic, cât şi în plan psihic sunt un adevăr incontestabil. Particular pentru situaţia analizată, respectiv perioada extrem de sensibilă a unei sarcini, cercetările arată probleme de sănătate precum diete nesănătoase, depresie postpartum severă, dificultăţi în alăptare. Alte cercetări arată că femeile abuzate sunt mai adesea afectate de stres şi primesc mai puţin sprijin de la partenerii lor sau de alţii semnificatvi pentru ele, Jasinski (2007) citează studiul lui Curry şi Harvey, 1998, Sagrestano et al., 2004). De asemenea, aspecte problematice din cursul sarcinii corelate cu victimizarea femeii includ depresia severă (Horrigan et al, 2000), stima de sine scăzută (Curry şi Harvey, 1998), infecţii ale rinichilor (Cokkinides et al., 1999), rată scăzută de luare în greutate, anemie şi sângerări în primul şi ale doilea semestru de sarcină (Parker et al, 1994).

Alte cercetări se referă la intervalul dintre sarcini, arătând că în rândul femeilor victime ale abuzului de către partener se întâlneşte fenomenul de "sarcini rapid repetate" – intervale foarte scăzute între sarcini. Fiecare dintre aceste aspecte pune în situaţie de risc atât mama, cât şi pe viitorul bebeluş pe termen nedefinit atâta timp cât probleme nu sunt identificate şi nu se intervine pentru ameliorarea situaţiei.

3.1.3. Consecinţe psihologice, emoţionale şi sociale

Problematica efectelor de ordin psihosocial suscită discuţii din ce în ce mai aprinse odată cu dezvoltarea mişcării feministe şi a studiilor care pun în evidenţă incidenţa crescută a efectelor negative pe care violenţa îndelungată le are asupra psihicului victimei şi a consecinţelor fizice decurgând din acestea.

Violenţa petrecută în sânul familiei, sursa primară de ataşament şi siguranţa a femeii, are ca efect principal distrugerea sentimentului de securitate personală . Dacă se însoţeşte şi de violenţa sexuală, se adaugă şi o violare gravă a spaţiului intimităţii care ar trebui să fie cu atât mai mult guvernat de siguranţă şi libertate de alegere . Consecinţele psihologice şi comportamentale sunt multiple, graniţa dintre normal şi patologic fiind foarte adesea dificil de trasat.

Depresia, angoasa, frica. Femeile victime ale violenţei domestice pot suferi de depresie, pot resimţi o angoasă acută, permanentă, şi pot prezenta frica continuă pentru securitatea lor personală, pentru sănătatea lor, dar şi pentru cea a celor semnificativi lor. Unul dintre cele mai citate studii recente, Hegarty şi colab. (2004), verifică incidenţa fenomenului exclusiv în rândul unor paciente ale instituţiilor australiene de sănătate mintală şi arată că la întrebarea generală privind resimţirea depresiei, 543 de femei dintr-un total de 1227 intervievate (44.3 %) declară că au trecut cel puţin odată în viaţa printr-un episod depresiv ce a durat mai mult de două săptămâni. Majoritatea acestora (76.8%) mărturiseră cel puţin unui specialist trăirea depresivă, dintre care două treimi făcuseră această mărturisere tocmai practicianului prin intermediul căruia autorul studiului ajunge să intervieveze participanta la studiu. În ceea ce priveşte dispoziţia curentă, 218 femei din 1213 (17.9 %) au obţinut un scor ce indică cel mai probabil stare depresivă conform inventarului de depresie a lui Beck sau scalei de depresie postnatală a lui Edinburgh.

Prin comparaţie cu femeile care nu prezintaseră depresie, cele care au avut scoruri ce le –au încadrat ca probabil depresive erau mai curând nemăritate, depindeau de o pensie sau de un venit redus, primeau o formă de ajutor financiar, erau şomere sau cu o educaţie medie. Deopotrivă, femeile depresive înregistraseră semnificativ mai multe episoade de abuz (fizic, psihic sau sexual) încă din copilărie şi această incidenţă rămâne

semnifictivă şi în viaţa lor de adult, abuzatorul fiind un partener intim; mai mult, dintre cele abuzate ca şi adulţi, incidenţa abuzului combinat este cea mai ridicată, urmată de abuz emoţional şi fizic şi hărţuire. Deşi studiul nu îşi propune să sublinieze o cauzalitate directă între violenţa domestică şi incidenţa depresiei, rezultate subliniază, ca şi alte studii anterioare, o asociere semnificativă între prevalenţa episoadelor de depresie şi abuzul pacientei de către un partener intim.

Schimbări comportamentale pot să includă:

a. Tulburări de somn. Un interes deosebit este acordat şi tulburărilor de somn ca şi simptom de sine stătător asociat cu violenţa domestică, dar şi ca factor declanşator al unor alte tulburări fizice, precum sindroamele digestive sau durerile asociate cu stresul cronicizat.

Spre exemplu, Lowe, Humphreys, Williams (2007) citează studiile lui Hathaway (2000) care arată că la nivelul unui studiu populaţional 53 % dintre femeile care raportează violenţa din partea partenerilor înregistrează şi probleme cu somnul în comparaţie cu doar 28 % dintr femeile care nu raportează incidente violente. Broakaw şi colegii (2002) arată că în fapt coşmarurile sunt o problemă specifică. De asemenea, se mai arată că problemele de somn ale femeilor sunt adesea legate în fapt de tulburările de somn ale copiilor lor. Studiile documentează faptul că tulburările de somn ale copiilor care locuiesc în cămine în care mamele sunt victime ale abuzului au o incidenţă crescută (Lemmy, Mc Farlane, Wilson & Malecha, 2001), dar şi că asemenea probleme cu somnul pot continua chiar şi după ce ei au fost extraşi din acel mediu şi replasaţi (Mertin & Mohr, 2002).

Pornind de la aceste observaţii, Lowe, Humphreys, Williams (2007) iniţiază un studiu calitativ asupra a 17 femei din Marea Britanie, victime ale violenţei domestice; ele participă la şedinţe de focus grup în care sunt analizate patternurile lor de somn. Toate femeile arată că şi au adaptat modul de a dormi , că au făcut diverse modificări în relaţie directă cu ameninţarea violenţei sub care îşi duc viaţa de zi cu zi. A dormi în vreme ce abuzatorul este treaz reprezintă pentru aceste femei un gest extrem de riscant. Chiar patru dintre femei au mărturisit episoade de atac violent în timp ce ele dormeau. Consecinţa directă este adoptarea unor adevărate strategii pentru a face faţă ameninţării potenţiale şi a se simţi în siguranţă. A sta trează ia diferite forme – unele stau treze

oricând abuzatorul este în casă şi abia dacă îşi permit să doarmă cât şi el doarme, dar nici atunci nu sunt sigure că nu s-ar putea trezi înainte. Mai sigur pare a fi ca ele să fie treze cât partenerul este acasă şi să modifice orarul de somn în aşa fel încât să doarmă numai în perioadele când ştiu că el este cu siguranţă plecat.

O altă alternativă este aceea de a avea un alt loc în care să poată merge pentru a se odihni. De asemenea, trăind cu nevoia constantă de a rămâne vigilentă şi a putea anticipa episodul violent multe dintre femei nu îşi permit mai niciodată să doarmă ci mai curând se odihnesc, fiind mereu pregătite pentru a face faţă unui potenţial atac. Teama constantă nu face altceva decât să îngreuneze relaxarea femeii care pe măsură ce se simte mai obosită şi mai dornică de a dormi pe atât se va simţi şi mai vulnerabilă şi incapabilă de a face faţă unui atac neaşteptat. Cercetările arată că femeile suferă constant de simptomele caracteristicii deprivării de somn ceea ce nu face altceva decât să le înteţească anxietatea şi sentimentul de nesiguranţă.

Ceea ce este cu atât mai important este că aceste simptome se perpetuează chiar şi după ce femeia este scoasă din mediul abuziv şi plasată într-un mediu sigur, în care abuzatorul nu are cum să pătrundă. Majoritatea păstrează un grad ridicat de vigilenţă în perioada imediată separării de abuzator – simt nevoia să păstreze atenţie sporită la orice semn care ar putea anticipa un atac. Deopotrivă, chiar dacă perioada de somn creşte pe măsură ce timpul creşte, calitatea lui este însă la fel de îndoilenică – gândurile şi ameninţările continuă să le urmărească.

Impactul acestei auto restricţionări asupra sănătăţii femeii este covârşitor. Deşi relaţia cauzală directă nu este certă, simptome precum "a te simţi epuizat", a avea dureri în tot corpul, migrene sau şi dureri de cap, presiune crescută a sângeului, probleme digestive sunt tot atâtea probleme ce pot fi asociate cu lipsa de somn sau cu calitatea scăzută a perioadei de somn. Deopotrivă lipsa somnului este echivalentă şi cu reducerea semnificativă a abilităţii de a face faţă violenţei.

b. Modalităţi de coping. Lewis şi colab.(2006) propun un studiu asupra *modalităţilor de coping* şi modalitatea lor de uz de către femeile victime ale violenţei domestice pentru a le asigura funcţionarea psihologică. Coping ul este măsurat prin intermediul Inventarului de Strategii de Coping (Tobin et al., 1989) care propune o evaluarea de tip ierarhic a coping ului prin doi factori de ordin superior (angajare şi

dezangajare) care subsumează patru factori de nivel secundar (angajare focalizată pe problemă, angajare focalizată pe emoţii, dezangajare focalizată pe problemă şi dezangajare focalizată pe emoţii) şi opt factori primari. Patru dintre aceşti factori primari sunt din categoria dezangajării (evitarea problemei, gândirea pozitivă, retragrea socială şi auto - criticism). Alţi patru fac parte din categoria angajamentului (rezolvarea de probleme, restructurarea cognitivă, sprijinul social şi exprimarea emoţiilor). Aceşti opt factori reflectă strategii afective, comportamentale şi cognitive specifice utilizate pentru a face faţă stresului.

Studiul se orientează asupra a aproximativ 100 de rezidente a unor adăposturi pentru victimele violenţei domestice şi arată că participantele arar apelează la o singură strategie de coping şi că în fapt avem de a face oricând cu un mix al acestor strategii. Participantele s-au bazat cel mai des pe gândirea pozitivă (ca şi strategie dezangajată) şi pe rezolvarea de probleme (ca şi formă de strategie angajată). Aşa cum se aşteptau şi cercetătorii, pe măsură ce violenţa creşte, victimele tind să devină din ce în ce mai dezangajate. Când violenţa fizică este cea care creşte, femeile mărturisesc un grad mai ridicat de retragere socială, gândire pozitivă şi abatere a vinei, în vreme ce în cazul ameninţărilor non fizice supravieţuitoarele sunt mai angajate şi apelează mai des la ceilalţi.

Un astfel de model complex al coping ului oferă un tablou detaliat al dinamicii unei astfel de victime. S-a observat că în cazuri de nivele extreme de violenţă fizică din partea unui altuia semnificativ în care victima a avut încredere, un anumit grad de detaşare serveşte de tampon pentru impactul psihologic al atacului iniţiat de către partener. În mod similar, atunci când victima apelează la alţii acest lucru poate fi periculos pentru ea având în vedere partenerul violent hipervigilent ori în acest caz limitarea sprijinului extern şi apelarea la propriile resurse poate totuşi reprezenta o strategie mai potrivită, cel puţin din punct de vedere al siguranţei ei imediate.

Este important de subliniat şi o intensificare a restructurării cognitive pe măsură ce violenţa fizică escaladează, indicând faptul că femeile în situaţie de risc sporit sunt mai capabile să utilizeze strategii proactive atunci când este posibil.

Confirmând întâietatea traumelor copiilor, toate formele de neglijare şi abuz din copilărie au fost invers relaţionate cu stima de sine. În plus, abuzul emoţional din

copilărie şi din viaţa de adult au fost în mod unic asociate cu depresia, dincolo de efectele abuzului fizic în sine. Aceste rezultate sugerează faptul că simptomatologia depresivă şi deficitele stimei de sine asociate cu violenţa domestică nu pot fi atribuite în mod univoc atacului fizic. Într-adevăr, impactul abuzului psihologic, atât cel curent, cât şi cel plasat în trecutul victimei, prezic în mod unic o serie de rezultate negative. Abuzul psihologic a fost văzut ca fiind mai curând cronic, escaladând la nivel de abuz fizic şi în mod specific covariind cu acesta , adesea inducând prejudicii de lungă durată de tip cognitiv, afectiv şi comportamental.

c. Autoagresivitate şi tendinţe suicidare. Cercetările arată că violenţa domestică este un factor declanşator în până la un sfert din tentativele de suicid al femeilor. Femeile victime ale violenţei domestice au un risc de suicid de până la opt ori mai ridicat decât al populaţiei generale. Aproximativ 50 % dintre femeile victime ale violenţei domestice care au o tentativă de suicid vor mai avea şi alte astfel de încercări. Studiile arată că femeile măritate sunt mai ferite de acest risc faţă de femeile necăsătorite, dar femeile măritate însărcinate sunt mai expuse acestui risc, multe dintre ele relatând că violenţa a apărut în viaţa lor tocmai după ce au rămas însărcinate.

Diverşi factori de risc evidenţi sporesc incidenţa actelor suicidare în rândul femeilor victime ale violenţei domestice – abuzul fizic şi psihic de către partener declaşează gânduri suicidare în rândul majorităţii victimelor fără ca ele să pună neapărat în practică aceste gânduri. S-a pus mai departe problema identificării acelor constelaţii de factori ce fac această diferenţă – care sunt declanşatorii tentativelor.

La nivel de factori individuali, cercetările subliniază factorii genetici precum istoricul de suicid din familia de origine, dar şi istoricul problemelor de sănătate mintală, incluzând aspecte precum anxietatea, căderile nervoase, depresia şi sindromul post traumatic. Depresia şi sindromul post traumatic pot fi rezultate ale abuzului continuu la care este supusă femeia în relaţia sa cu partenerul actual sau pot fi rămăşiţe ale unei traume din copilăria femeii. În combinaţie cu o stimă de sine scăzută, aceste efecte psihologice pot declanşa gândurile suicidare mai ales atunci când victimele se învinovăţesc pentru abuzul ce se petrece în familie.

În ceea ce priveşte factorii sociali, cercetările subliniază importanţa legăturilor sociale. În conformitate cu modele sociologice ale suicidului, cercetările arată că femeia

victimă a violenţei domestice este mai expusă riscului de se sinucide atunci când nivelul de suport social este foarte scăzut. Acesta se referă şi la prieteni şi la reţele din interiorul familiei.

O altă situaţie în care incidenţa acestor tentative sporeşte este cea în care are loc o deplasare a vinei. În această situaţie, ruşinea ce însoţeşte abuzul determină femeia abuzată să eşueze în a identifica şi apela la sursa cea mai apropiată de ajutor. Suicidul reprezintă o formă de a transfera ruşinea către cel care a victimizat-o sau un alt membru al reţelei de sprijin al femeii care nu a făcut pasul de a o ajuta când a avut nevoie. Suicidul nu serveşte doar de metodă de umilire a celorlalţi, dar este şi o importantă unealtă de răzbunare, precum şi un act final de împuternicire.

d. Simptome traumatice. Gorde, Helfrich şi Finlyson (2004) propun un studiu care să identifice simptomele traumatice şi nevoile de deprinderi de viaţă pe care chiar victimele le identifică, femeile incluse în studiu fiind selectate din trei categorii diferite de programe destinate victimelor violenţei. Datele obţinute de cei trei cercetători susţin ideea că nevoile şi sănătatea mintală a femeilor aflate în diferite stadii de intervenţie specializată variază. Tendinţa mai ridicată a femeilor din adăposturile de urgenţă de a înregistra scoruri semnificative clinic la una sau mai multe din subscalele Inventarului de Simptome Traumatice, prin comparaţie cu femeile adăpostite în locuinţe tranzitorii sau cele rămase în comunitate este explicată de starea lor incertă, tranzitorie. Având în vedere că Inventarul Simptomelor Traumatice măsoară distresul emoţional din ultimele şase luni, experienţele de lipsă a căminului şi expunere la abuz sporesc incidenţa acestui distres. Gradele ridicate de *anxietate, griji de natură sexuală, experienţele intruzive şi discoierea* reflectă experienţe traumatice recente şi intense. Mai mult, însăşi starea actuală de a se afla într-un mediu nefamiliar de tip adăpost poate cauza anxietate şi distres. Aceste femei se află totuşi într-o condiţie de viaţă instabilă asupra căreia simt că au prea puţin control. Practic se arată că femeile aflate la acest nivel de intervenţie specializată tind să resimtă într-un grad mai sporit efectele traumatice ale violenţei domestice din mrejele cărora au fugit, fapt care are un cu atât mai accentuat impact asupra sănătăţii lor mintale şi statusului de funcţionare.

Deşi majoritatea furnizorilor de servicii identifică nevoile de sănătate mintală ca

fiind foarte importante, femeile investigate demonstrează un grad ridicat de evitare defensivă ce poate desigur interfera cu schema de tratament şi mai ales cu măsura angajamentului lor în această schemă. Femeile plasate în comunitate au scoruri mai scăzute în ceea ce priveşe evitarea defensivă faţă de cele din locuinţe tranziţionale sau cele din adăpsoturile de urgenţă, ceea ce indică faptul că un mediu de viaţă mai stabil facilitează construcţia abilităţii lor de a experenţia şi tolera aceste simptome, ceea ce oferă şi un teren mai bun pentru intervenţie.

Autoevaluarea făcută de acelaşi lot de femei cu privire la funcţionalitatea lor ocupaţională legată atât de "propria persoană", cât şi de "mediu" relevă o preocupare excesivă pentru posesia unei locuinţe şi independenţa finaciară. Itemii legaţi de gestiunea banilor şi localizarea unui spaţiu de locuit şi a avea grijă de propria persoană reflectă 60% dintre femeile şomere şi 71.4 % dintre femeile care rămăseseră recent fără o locuinţă sau dispuneau de o locuinţă extrem de precară la momentul studiului (aceasta însemnând fie că nu aveau un loc permanent, că locuiau cu prieteni sau chiar într-un adăpost). Informaţiile adunate în studiul citat arată că statutul femeii de a fi şomeră se plasează pe un loc secundar faţă de frica de a fi ameninţată de către abuzator şi nevoia de a renunţa la un loc de muncă stabil pentru a putea fugi de abuzator într-un alt oraş sau chiar stat. În afară de situaţia în care grija femeilor este legată de suma insuficientă de bani pe care ar trebui să o gestioneze pentru a supravieţui o dată ieşite din relaţia abuzivă, un procent semnificativ de femei este reprezentat şi de acelea care au fost controlate excesiv şi limitate în experienţa lor de management a finanţelor pe parcursul relaţiei şi se simt acum depăşite de nevoia de a îşi asuma responsabilitatea gestiunii finanţelor odată ce au ieşiţi din relaţia abuzivă (Brandwein, 1999).

Capacitatea femeilor de a adresa cu prioritate aspecte legate de grija de sine şi dezvoltarea sinelui poate fi afectată de către măsura în care el consideră că se află în tranziţie. Adăposturile de urgenţă şi grupurile comunitare plasează "a lupta pentru obiective" ca pe o prioritate de rang înalt care poate refecta stadiul de tranziţie în care se află aceste femei, având în vedere că nu de mult timp ele au adoptat o nouă condiţie de viaţă sau se consideră într-o stare de schimbare a vieţii lor. În mod similar, femeile din comunitate au plasat "grija faţă de sine" pe un loc mai coborât decât celelalte grupuri, ceea ce poate reflecta accentul pe care unii angajaţi ai serviciilor specializate pentru

victimele violenţei domstice îl pun pe acest obiectiv specific. Indiferent de condiţie, femeile intervievate au plasat pe un loc prioritar "relaxarea şi nevoia de a se simţi bine cu sine însuşi". Aceasta este o recunoaştere a nevoii de a contrabalansa stresul intens din ultima perioadă cu o perioadă de relaxare.

Grupul de femei din adăposturile de urgenţă au plasat pe un loc superior nevoia "unui loc unde să fie productive" (de exemplu să lucreze, să studieze, să facă muncă voluntară) şi "lucrurile de bază de care am nevoie pentru a trăi şi a avea grijă de mine", sugerând faptul că mediul de adăpost nu este unul care să inducă ideea de productivitate – adăposturile tind să fie aglomerate, gălăgioase şi haotice în virtutea scopului lor de a oferă adăpost câtor mai multe persoane posibil. Femeile din aceste adăposturi aduc cu ele un minim de lucruri persoanale, de resurse pe care le-ar putea folosi pentru a se îngriji deoarece în majoritatea cazurilor ele ajung în adăposturi în urma unui episod de fugă neprevăzută de abuzator. "Locuri unde să mă duc să mă bucur" şi "oportunităţi de a face lucruri pe care le preţuiesc şi care îmi fac plăcere" sunt mai curând priorităţi pentru grupul comunitar. Aceasta reflectă capacitatea lor de a merge deja dincolo de nevoile primare şi de a se focaliza şi pe altceva decât siguranţă şi stabilitate.

Deşi rezultatele nu indică o relaţie de tip cauză efect între incidenţa unor simptome traumatice şi funcţionalitatea ocupaţională a femeilor victime ale violenţei domestice, studiul sugerează totuşi faptul că femiele cu un pattern mai sever de simptome traumatice prezintă şi o percepţie de sine mai scăzută cu privire la abilitatea lor de a face faţă sarcinilor de zi cu zi (Stein şi Kennedy, 2001). Studiul rămâne tributar în explicaţie prin aceea că nu şi-a propus identificarea surselor care conduc la descreşterea stimei de sine a acestor femei, dar atrage atenţia asupra unui fenomen confirmat şi de alte studii.

Sindromul Stockholm. O bună bucată de vreme răspunsurile paradoxale ale femeilor abuzate în raport cu abuzatorii lor i-au perplexat pe cercetători, indiferent de orietarea lor. Astfel de răspunsuri surprinzătoare includ exprimarea iubirii faţă de abuzator, negarea sau minimizarea abuzului, continuarea relaţiei cu acesta, întoarcerea la abuzator după scurte episoade de separare sau refuzul de a aduce mărturii contra abuzatorului după ce acesta a fost arestat, fiind prins în fapt. Adesea oamenilor de ştiinţă le-a fost la îndemână să catalogheze aceste comportamente ca şi masochiste, sugerând că femeile caută

abuzatorul tocmai pentru că din abuz ele obţin o formă perversă de gratificare psihologică. Dar în realitate, mult mai des relaţiile abuzive sunt caracterizate de o regulă a coerciţiei, în care factorii situaţionali sau externi exercită o mai mare influenţă decât cei internei, dispoziţionali. Ori în aceste condiţii, Graham şi colaboratorii săi au adus în discuţie conceptul de "Sindrom Stockholm" – în mare răspunsurile contradictorii ale femeilor abuzate pot fi înţelese prin intermediul unui mecanism de strânsă relaţionare cu abuzatorul.

Sindromul Stockholm a fost iniţial introdus de către cercetătorul Lange în 1974 ca urmare a observaţiilor făcute de acesta referitor la o legătură extrem de curioasă ce s-a dezvoltat între angajaţii unei bănci ţinuţi captivi şi răpitorii lor după o tentativă eşuată de a jefui o bancă din Stockholm, Suedia. După explorarea acestui prim exemplu, dar şi după monitorizarea de lungă durată a nouă grupuri de "captivi" (ostatici, prizonieri din tabere de concentraţie, prizonieri de război, civili deţinuţi în închisorile comuniste chinezeşti, femei abuzate, prostituate ţinute ostatice de către proxeneţi), Graham şi colaboratorii săi au identificat condiţiile în care această relaţionare specială are loc, psihodinamica acestei relaţionări şi consecinţele ei asupra ambelor părţi.

Sunt identificate patru condiţii ca şi precursori necesari pentru instaurarea sindromului Stockholm la nivelul victimelor violenţei domestice (Rawlings şi Graham, 2007):

1. *Victima percepe o persoană ca ameninţând –i supravieţuirea*. Ameninţările pot fi fizice sau psihologice. Nu este aproape deloc important dacă şi alţii constată că viaţa ei este ameninţată, ceea ce contează este ca victima să perceapă această ameninţare.

2. *Victima percepe abuzatorul ca sursă de bunătate*, oricât de slabe ar fi dovezile acestuia. Semnele de bunătate pot fi atât de mici şi neînsemnate în exterior – o zi pe lună abuzatorul îşi întrerupe actele de violenţă – dar pentru victimă sunt suficiente.

3. *Victima este izolată*. Izolarea poate fi fizică – victimei nu îi este permis să îşi viziteze familia şi prietenii, cât şi ideologică – îi este permisă numai aderarea la viziunile abuzatorului.

4. *Victima nu întrevede o modalitate de a scăpa de abuzator*. Abuzatorii continuă actele de violenţă tocmai pentru a se asigura că victimele nu îi părăsesc.

Bachman şi Saltzman (1995) întăresc aceste constatări arătând că reglementările

legale încurajează uneori apariţia unor astfel de situaţii. Ei arată că prin comparţie cu femeile măritate, femeile divorţate sunt de nouă ori mai pasibile de a fi vitimizate, iar femeile separate sunt aproape de 25 de ori mai pasibile de a fi victimizate. Mai mult, deşi sistemele legale sunt împuternicite să apere toţi cetăţenii, indiferent de statutul lor, acelaşi sistem eşuează în protejaea femeii victimă a violenţei domestice, făcând evadarea din cercul abuzatorului cu atât mai dificilă în situaţia în care se separă de acesta, iar el continuă violenţele în afara unei relaţii. Tendinţa de a nu se amesteca în certurile interne ale unei familii în numele protejării spaţiului intim al acesteia a condus la o rată mai scăzută de arestări ale abuzatorilor căsătoriţi cu victima faţă de abuzatorii străini, şi chiar la pedepse mai uşoare pentru aceştia prin comparaţie cu cele aplicate pentru aceeaşi faptă dar iniţiată din postura de străin, de persoană neimplicată într-o relaţie oficializată cu victima. Graham asistă în Cincinnati, Ohio la o situaţie în care judecătorul obligă abuzatorul să se căsătorească cu victima sa pentru a evita închisoarea, fără să ţină vreun moment seama de sentimentele victimei faţă de abuzatorul său.

Dinamica acestui sindrom este explicată de către Graham şi colaboratorii săi astfel: victima – care nu întrevede nici o modalitate de a scăpa de agresorul său – percepe o ameninţare puternică la adresa supravieţuirea ei. Traumatizată, izolată de alţii semnificativi care i-ar putea oferi atenţie şi protecţie, victima se întoarce tot spre abuzator pentru a îşi împlini aceste nevoi naturale. Orice semn de bunătate din partea acestuia, oricât de neînsemnat ar fi el, îi dă victimei speranţa că abuzatorul o va lăsa în viaţă. Pentru a îşi spori şansele, ea încearcă să valorifice la maximum orice semn de bunătate manifestat de către atacator. În efortul său de a spori orice sentiment pozitiv pe care l-ar putea dezvolta atacatorul faţă de ea, victimei nu îi rămâne altă alternativă decât aceea de a privi lumea din perspectiva abuzatorului, făcând tot ce poate pentru a îl ţine fericit, şi astfel ajutând la propria conservare. În cadrul acestui proces, victima devine hipervigilentă la nevoile abuzatorului şi aproape surdă la propriile nevoi. Într-un sfârşit ajunge realmente să privească lumea din perspectiva abuzatorului şi să piardă orice conexiune cu propria–i viziune, care oricum ar fi neimportantă sau dimpotrivă contraproductivă pentru supravieţuirea ei. Prin interpretarea greşită a propriilor sentimente de puternică exaltare – drept iubire în loc de teroare, ea este capabilă să creeze şi să menţină speranţa supravieţuirii într-un viitor fără abuz, se simte mai în control,

diminuând din sentimentele de teroare şi neajutoare, practic ea ajunge să se simtă mai puţin victimă. Pas cu pas, victima începe un proces de strânsă relaţionare cu partea pozitivă a abuzatorului, negând partea abuzatorului ce produce teroarea. Negând această parte negativă a abuzatorului, şi practic a pericolului la care se expune, victimei îi este din în ce mai dificil să se separe psihologic de abuzatorul său. Alte mecanisme ce îngreunează separarea psihologică a victimei de abuzator includ : frica de represalii ca urmare a oricărei dovezi de neloialitate faţă de abuzator; pierderea singurei relaţii pozive disponibile, având în vedere iszolarea ei; pierderea singurei identităţi ce îi rămâne disponibilă – ea aşa cum este văzută prin ochii abuzatorului (imagine ce în cazul unei victime expuse unui abuz sistemtic, prelungit a înlocuit orice sentiment de sine anterior).

În tot acest demers dinamic, cercetătorii arată că există o serie de indicatori ai instalării sindromului Stockholm la nivelul unei victime ale violenţei domestice:

- victima este ataşată de abuzator. În fapt, această legătură puternică este biderecţională, abuzatorul de asemenea fiind puternic ataşat de victima sa. Legătura acţionează ca o strategie de siguranţă deoarece abuzatorul este de asemenea dependent de victima sa şi ar face orice să o păstreze.
- Ataşamentul faţă de abuzator este unul de tip anxios, şi nu unul de tip securizat pe care ne-am aştepta să îl întâlnim într-o relaţie de iubire.
- Victima este extrem de recunăscătoare în faţa unui semn minim de bunătate din partea victimei. aceste semne de bunătate pot fi atât de mici încât un observator extern ar putea nici să nu le remarce.
- Victima neagă, minimizează sau raţionalizează actele abuzive ale atacatorului ei. Ea îşi neagă propria mânie în faţa acestor acte. Aceste distorsiuni cognitive sunt esenţiale pentru crearea relaţiei de ataşament faţă de abuzator.
- Victima pendulează în percepţia ei asupra abuzului şi abuzatorului, aparent incapabilă de a păstra părerea sau de a menţine o credinţă cu privire la propriile experienţe. Aceste observaţii ne spun deja că îi este dificil în a distinge între ceea ce este real şi ceea nu este real.
- Victima este hipervigilentă în raport cu nevoile abuzatorului şi caută orice modalitate de a îl ţine fericit. Pentru a realiza acest fapt, victima încearcă "să pătrundă în mintea abuzatorului" pentru a prezice momentele de calm şi pe cele

de nervozitate. Fiind atât de concentrată asupra nevoilor abuzatorului, victima pierde contactul cu propriile nevoi.

- Victima priveşte lumea prin perspectiva abuzatorului. Dacă aceste vede anumite situaţii sau persoane ca şi ameninţări, la fel le va vedea şi femeia victimă.
- Victima priveşte autorităţile externe ce încearcă să îi câştige eliberarea ca pe nişte "personaje negative", în vreme ce abuzatorul este "personajul pozitiv" –el o protejează şi este dificil să părăseşti personajul bun.
- Victima se teme că abuzatorul se va întoarce pentru a o pedepsi chiar şi când acesta este prins şi întemniţat, sau chiar mort.
- Victima prezintă simptome de stres postraumatic. Printre acestea se numără plângeri psihice şi fiziologice, depresia, stima de sine redusă, reacţii anxioase, paternuri paranoide, sentimente de neajutorare. Dacă separarea fizică şi psihică deplină intervine, victima poate experienţia tulburarea de stres postraumatic în formă completă, cu simptome clasice precum coşmarurile şi amintiri de tip "flash". Aceasta se datorează separării sentimentelor şi percepţiilor asociate cu trauma ce reapar în câmpul conştiinţei, marcând începutul procesului de integrare a lor şi vindecare.

Marea majoritate a acestor indicatori sunt totodată *distorsiuni cognitive* ce repezintă caracteristica psihologică cea mai proeminentă asociată cu acest sindrom. Oricând ne-am angaja într-o discuţie cu un abuzator şi victima sa , ne vom simţi în imposibilitatea de a stabili clar cursul evenimentelor care au dus la starea de fapt observată – instalarea unui ataşament aparent nejustificat între agresor şi victimă – şi aceasta pentru că evenimentele sunt întocmai unor *pârtii alunecoase* ce ne conduc în direcţia pe care ne –o indică în fapt construcţiile cognitive ale naratorilor. Însăşi capacitatea de a crea şi consolida relaţia de ataşament faţă de abuzator depinde integral de capacitatea de a construi astfel de explicaţii cognitive distorsionate care să menţină speranţa în ciuda evenimentelor negative puternice.

O altă consecinţă din plan psihologic o poate constitui şi dezvoltarea de *tulburări de personalitate,* mai ales din categoria ccomportamentelor şi trăsăturilor de personalitate specifice *tulburării borderline*. Cercetătorii interesaţi de acest sindrom listează o serie de comportamente ce justifică această încadrare nosologică:

- victimele dezvoltă numai relaţii generice, superficiale, şi adesea au o dinamică de tip "îndepărtare - apropiere" în relaţiile lor intime; tendinţa spre îndepăratare apare atunci când abuzul reapare şi dorinţa este de a îl nega, în vreme ce apropierea este nevoia puternică de a crea şi consolida o relaţie cu singurul furnizor de atenţie, dar şi pentru a spori şansele supravieţurii în cazul unui atac mai agresiv.

- ca urmare directă a aderării la perspectiva abuzatorului, victimei îi lipseşte sentimentul de sine şi tinde mai curând spre un sentiment de "goliciune"; starea continuă chiar şi după separarea de abuzator, fiind depăşită abia atunci când victima e capabilă să privească lumea prin proprii ochi, şi nu prin cei ai abuzatorului, ori pentru aceasta victima trebuie să atingă acea stare de siguranţă în care să nu se mai teamă de un potenţial atac al agresorului, şi nu sunt rare situaţiile în care victimele, chiar separate definitiv de abuzator, nu reuşesc să mai simtă această siguranţă.

- victima prezintă depresie de abandon – ea are răspunsuri de tip catastrofic în faţa oricăror forme de pierdere, căci lipsită de iubirea abuzatorului, aşa distorsionată cum este manifestată ea, victima e în fapt lipsită de identitate.

- victima prezintă comportamente impulsive, auto – agresive;

- ca urmare a expunerii prelungite la o stare de teroare, victima poate experienţia stări alterate de conştiinţă –depersonalizare, disociere, de- realizare.

- propriile percepţii şi raţionamente par să se dizolve rapid, de vreme ce victima pare incapabilă de a menţine o imagine proprie stabilă asupra unui eveniment sau persoane – percepţiile schimbătoare sunt în fapt rezultatul strategiei de intenţionată diluare a realităţii pentru a o face suportabilă (teroarea devine semn de iubire);

- victima exprimă mânia acumulată mai curând spre cei apropiaţi care au comportamente de siguranţă, decât spre agresor.

- victima prezintă un comportament de tip "scindare" – abuzul o determină pe aceasta să nege latura agresivă a partenerului şi să se ataşeze de latura sa pozitivă; se instaurează o nevoie puternică de a plasa agresorul într-o categorie extremă-bun sau rău, orice pleare într-o percepţie de mijloc produce nesiguranţă, teamă, anxietate.

- victima prezintă o dependenţă similară celei a unui copil, se agaţă cu disperare de abuzator datorită momentelor nenumărate de neajutoare pe care le–a trăit alături de acesta.

3.1.4. Ciclul violenţei domestice

Termenul de „sindromul femeii bătute” a fost introdus pentru a defini un set de simptome psihologice şi comportamentale distincte ce rezultă dintr-o expunere prelungită la situaţii de violenţă intimă între parteneri. Din iulie 1978 şi până în iunie 1981, Lenore Walker a desfăşurat un număr de 435 de interviuri cu femei provenind din statutul Colorado, Statele Unite ale Americii, fiecare dintre ele fiind victime ale violenţei domestice. Rolul acestor interviuri a fost pe de o parte de a creiona o imagine asupra factorilor sociologici şi psihologici cheie ce disting acest sindrom, dar pe de altă parte şi de a testa două teorii – teoria ciclului abuzului şi o adaptare a teoriei neajutorării învăţate (Walker, 1984) spre ceea ce s-a consacrat ca şi ciclul violenţei.

Numeroşi cercetători, înainte şi după Walker, (Wilson, 1976,Walker, 1979, Gelles şi Straus ,1983) au evidenţiat, în urma interviurilor realizate, existenţa unui *proces* al violenţei domestice. Înţelegerea acestui ciclu permite explicarea modului în care aceste femei devin victime, cum ajung să-şi înveţe neajutorarea şi de ce nu au curajul de a părăsi o astfel de relaţie (Walker, 1984, pp. 39-52).

Este vorba despre existenţa a trei faze distincte care variază ca durata şi intensitate atât în cadrul cuplului cât şi între cupluri, acestea fiind influenţate de evenimentele din viaţa cuplului, faze care vin după o perioadă de numită "perioada de curtare".

Perioada de curtare reprezintă un interval variabil de timp în care relaţia celor doi parteneri este caracterizată de un comportament extrem de drăgostos şi flatant al abuzatorului faţă de victima sa. În această perioadă, femeile recunosc faptul că pattern ul natural de comportament agresiv al bărbatului nu este în întregime abolit : ei se simt importanţi şi îndreptăţiţi să emită pretenţii, dar fac toate acestea în raport cu alţii. Faptul că faţă de victimă comportamentul este unul iubitor şi atent este suficient de puternic pentru a anula semnele agresivităţii manifestate faţă de ceilalţi. Descrierile oferite de către victime includ ceea ce este definit drept tactică de "curtare agresivă" – apeluri telefonice, refuzul de a accepta nu ca şi răspuns la o anumită cerere, stimulare intensă spre desfăşurarea de activităţi plăcute în cuplu (Walker, 2007). Foarte adesea bărbatul va fi capabil să identifice anumite puncte sensibile din viaţa femeii şi să intervină cu ajutoul necesar în momente în care aceasta nu s–ar fi desurcat singură, ceea ce îi întăreşte

acesteia impresia că pot fi un cuplu funcţional. De asemenea, el poate recurge la mărturisiri intime despre secvenţe de abuz din propria copilărie care conving femeia de nevoia de a înţelege trecutul dificil al bărbatului ca justificare a manifestărilor lui actuale, precum îi şi întăresc convingerea că ar putea să ăi vină în ajutor, să îl elibereze de fantomele trecutului. Toate aceste exemple nu fac în fapt decât să întărească o dependenţă a femeii de abuzatorul ei, şi uneori şi a abuzatorului faţă de victima sa.

Femeia descrie pentru început entuziasmul legat de aşteptare apelurilor telefonice – un comportament comun majorităţii fazelor de debut ale unor relaţii intime, dar mult prea curând acestea devin exagerat de dese (de la un apel zilnic, la cinci – şapte apeluri de verificare). Pe măsură ce relaţia înaintează femeia va fi determinată din ce în ce mai mult să se izoleze de lumea exterioară, relaţiile cu familia şi prietenii proprii sunt reduse, în vreme ce sporesc contactele cu membrii familiei lui. Totul face parte din planul de "seducere", şi o dată ce starea de intimitate dorită se instalează, ciclul violeţei poate începe (Walker, 2007).

Faza I - Construirea tensiunii

În această fază apar primele incidente minore, la care femeia reuşeşte să facă faţă prin metode care au avut succes şi în alte împrejurări: calmul, înţelegerea sau chiar tăcerea şi evitarea soţului. În acest fel, ea lasă să se înţeleagă, fară să dorească, că acceptă abuzul, şi-1 legitimează. Acest lucru nu înseamnă că ea îşi dă seama că ar putea fi bătută, ci, mai degrabă, crede că a evitat ca situaţia să explodeze, caz în care ea s-ar simţi vinovată. Ea apelează astfel, la ceea ce se denumim negare. Acest termen a fost explicat de Goldberg (1983) ca fiind un concept utilizat pentru aproape toate eforturile defensive care sunt direcţionate împotriva unor stimuli externi, în special împotriva unor aspecte dureroase ale realităţii. Este vorba despre refuzul de a recunoaşte realitatea percepţiei traumei. Freud (1936) definea negarea ca fiind un comportament ce reuneşte o varietate de defense menite să diminueze partea ameninţătoare a realităţii şi să permită astfel individului să funcţioneze sub un stres psihic mai scăzut. În 1924, Freud defineşte negarea ca o "nerecunoaştere a realităţii externe" şi consideră ca apărând doar în psihoze. El face distincţia între negare şi reprimare care s-ar concentra mai mult pe condiţiile interne (apud Snyder, Ford, 1988, pp. 263). Faptul cã negarea este un proces conştient

sau inconştient nu s-a stabilit cu precizie.

Femeia bătuta neagă faţă de ea însăşi faptul că este deranjată, afectată de atitudinea nedreaptă a soţului. Ea raţionalizează spunându-şi că, poate ea este de vină, iar soţul are toate motivele pentru a se comporta în acest mod; în final ea este mulţumită că lucrurile nu s-au agravat. În alte situaţii, ea dă vina pe proasta dispoziţie a soţului sau pe oboseala, pe consumul de alcool. Faptul de a găsi pentru fiecare incident izolat cauze extreme soţului o ajută în a-şi nega mâhnirea, furia, şi în a crede ea ar putea să-1 ajute pe soţ sa se schimbe. Această convingere nu face totuşi decât să înrăutăţească situaţia, dând soţului impresia că felul său de a reacţiona a fost corect.

Femeile care sunt agresate de multă vreme ştiu că aceste incidente minore nu vor face altceva decât sa se agraveze şi să devină mai dese. Totuşi, folosind aceste strategii psihice defensive, ele neagă această posibilitate de agravare şi în acelaşi timp le conferă credinţa că ar putea cumva controla comportamentul agresiv al soţului. În timpul stadiului iniţial al acestei prime faze, ele deţin într- adevăr un oarecare control, dar nu asupra comportamentului soţului ci asupra situaţiei respective. Pe măsură ce tensiunea creşte, acest control se diminuează rapid.

De fiecare data, incidentul agresiv minor va contribui, prin efectul rezidual, la declaşarea sentimentelor anticipative şi la creşterea tensiunii (Walker, 1984, pp. 42). Supărarea, furia femeii va creşte şi ea, chiar dacă va continua să nege, iar alimentarea treptată a fricii, va duce la scăderea controlul asupra situaţiei. Bărbatul agresor, pe baza acestei acceptări pasive aparente a comportamentului său, încurajat şi de stereotipurile cu privire la drepturile soţului asupra soţiei, nu va mai încerca să se controleze.

Această primă faza este prezenta în mai toate căsniciile, dar diferenţa constă în faptul că, o serie de femei au tendinţa de a deveni neajutorate, de a învăţa că nu au puterea necesară pentru a preveni agravarea situaţiei. După cum susţin Dobash & Dobash prin studiile lor (1979), o serie de cupluri sunt adeptele menţinerii acestei prime faze la un nivel constant o perioadă mai lungă de timp. Ambii parteneri doresc să evite incidentele acute. Adesea, un factor, un eveniment exterior, poate rupe acest echilibru fragil, în ciuda faptului că femeia încearcă sã controleze şi aceşti factori (membrii familiei, rude, etc.). Prin faptul că ele încerca aproape tot timpul să găsească scuze soţului în faţa rudelor şi prietenilor care încearcă să o avertizeze, pentru a evita conflictele între

soţ şi aceştia ea ajunge să se îndepărteze de cei care i-ar putea oferi un suport, sau chiar de copii, supărata fiind că aceştia nu pot înţelege situaţia şi nu fac nimic să o evite.

Pe măsură ce tensiunea din această fază creşte, atât soţului cât şi soţiei le este din ce în ce mai greu sa mai utilizeze metodele prin care până atunci reuşeau să evite incidentele. Bărbatul va deveni din ce în ce mai posesiv, mai brutal, umilirile vor deveni mai acute, agresivitatea verbală va creşte, toate acestea nemaifiind stopate de soţie sau grupul de suport.

Femeia agresată din ce în ce mai des va deveni incapabilă să mai restabilească echilibrul sau să se apere. Datorită stresului constant, ea are tendinţa din ce în ce mai frecvent sa se retragă din faţa soţului, ceea ce îl va face şi mai ostil în faţa aşa zisei sfidări din partea femeii.

Faza a II-a – Incidentele acute de agresivitate

Aceasăă fază începe atunci când tensiunile acumulate între cei doi nu mai pot fi controlate, ele izbucnind la cel mai mic incident. În cursul acestei faze, deşi la început soţul poate să-şi justifice sieşi comportamentul, el ajunge să nu se mai înţeleagă. Heam (1998), care a realizat studii pe un eşantion reprezentativ de bărbaţi închişi datorită unor acte de violenţă intrafamilială, susţine că aceştia au declarat că în astfel de momente furia este atât de mare încât îl orbeşte.

Incidentul acut apare aşadar din dorinţa agresorului de a da o lecţie, de a disciplina soţia şi nu neapărat, sau mai bine spus, nu conştient, de a o răni (Hearn, 1998, pp.218).

Soţia poate determina şi ea incidentele acute ca urmare a furiei sau anxietăţii la care a ajuns. Ea ştie de asemenea din experienţă că această fază explozivă va fi urmată de o perioadă de calm, cu durată relativă. De multe ori ele afirmă că nu au mai suportat teroarea aşteptării exploziei comportamentului soţului şi prefera ca acesta să se descarce într-un moment determinat de ea. Acest aparent control îi conferă credinţa că ca nu se află total sub controlul soţului, chiar dacă provocarea este inconştientă.

Anticiparea evenimentelor care duc la izbucnirea incidentelor acute este greu de făcut şi acest lucru face ca femeia agresată să fie şi mai anxioasă, mai depresivă, acuzând şi simptome psihofiziologice ca insomnie sau dimpotrivă somnolenţă, lipsa apetitului sau apetit exagerat, oboseală continuă, dureri de cap, palpitaţii cardiace.

De obicei, în timpul acestor incidente femeia nu opune rezistenţă, încearcă să fie cat mai tăcută pentru a nu alimenta furia soţului, deşi tocmai această atitudine a ei îl întărâtă şi mai mult. Această rezistenţă pasivă a femeii este obţinută de unele dintre ele prin crearea iluziei că sunt detaşate de corpul lor şi se privesc din afară cum sunt agresate. Când atacul ia sfârşit, ele suferă de cele mai multe ori un şoc, urmat de negarea întâmplării şi minimizarea gravităţii rănilor sau umilinţei suportate (Walker, 1979, pp. 78). Dacă motivele pentru care soţul declanşează aceste incidente acute nu este clar, nici motivele pentru care el se opreşte nu sunt clare. Ar putea fi vorba de descărcarea tensiunii emoţionale, aşa cum susţinea Freud prin teoria catharsisului.

Faza a doua este de obicei mai scurta decât prima şi a treia, ca durează în medie, între o zi şi o săptămână sau chiar două (Gelles, 1987, pp. 667).

Faza a III-a – Faza „pocăinţei" soţului

Dacă faza a doua este asociată cu brutalitatea, faza a treia este caracterizată prin comportamentul afectuos al soţului (Walker, 1979, pp. 80). Tensiunea constituită în prima fază este eliberată în cea de a doua, iar în cea de-a treia soţul pare cã regretã comportamentul sau, implorã iertarea, o copleşeşte cu cadouri şi apelează la rude şi la copii pentru a obţine iertarea şi pentru a o convinge cã "a fost pentru ultima dată".

Şi comportamentul soţiei se schimbã. Dacă la sfârşitul celei de a doua faze ea părea a dori să pună capăt căsniciei, acuzandu-1 dur pe soţ, la începutul fazei a treia multe dintre ele tind să dea crezare jurămintelor soţului şi rugăminţilor rudelor. Valorile tradiţionale asociate maternităţii, căsătoriei, faptul că fără ea soţul ei este distrus, o fac să se întoarcă, să ierte şi să - şi asume responsabilitatea schimbării soţului Ea crede cu tărie, chiar dacă se află pe patul de spital, că acesta este bărbatul cu care s-a căsătorit şi nu cel dinainte. Ea îşi vede soţul ca pe un partener fragil şi nesigur care are nevoie de ea. În acest fel cuplul trăieşte o relaţie simbiotică, fiecare devenind dependent de celălalt.

În asemenea condiţii, femeii îi este foarte dificil să ia o hotărâre definitivă. Dacă ea a mai trecut de câteva ori prin aceste faze, conştiinţa faptului că renunţă la siguranţa ei psihică şi fizică pentru această stare de fapt tranzitorie nu face decât să-i crească stânjeneala, furia faţă de sine şi să-i scadă stima de sine. Ea simte cã devine complice la propria agresiune.

Durata acestei perioade nu este nici ea bine determinată, uneori putând dura mai mult ca faza a doua, dar este mai scurtă decât prima; alteori această fază se suprapune parţial peste prima fază. Dacă perioada de iubire este urmată rapid de o perioadă de intensă tensiune, femeia poate ajunge să-şi piardă controlul asupra urii şi-şi poate răni sau chiar ucide partenerul (Walker, 1984, pp.52).

În urma studierii acestor faze, Walker a reuşit sã realizeze un tablou complex al femeii agresate fizic de soţ. Ea susţine că aceste femei au o stimă de sine care scade treptat, pe măsură desfăşurării ciclului violenţei. Acest concept se leagă de nevoia omului de a fi apreciat şi de a-i fi validate comportamentele, atitudinile, opiniile. Din cauza acestei scăderi vertiginoase a stimei de sine, femeia ajunge să-şi subestimeze abilităţile de a face ceva. Ea se îndoieşte de competenţa ei, îşi subestimează contribuţia la propria reuşita. Datorită acestui simţ autocritic exagerat, s-a constatat că femeia bătută îşi evaluează performanţele şi abilităţile exercitate în afara casei într-un mod mai realist decât îşi evaluează calităţile lor de mamă şi soţie, deci folosesc alte criterii de evaluare. Acest lucru este încurajat de soţ care are o atitudine critică faţă de modul în care ea îşi exercita rolul parental-conjugal. De asemenea, femeia agresată are tendinţa de a se aprecia doar în funcţie de rezultatele activităţii intrafamiliale, fără a le considera şi pe cele din exterior, ceea ce face ca atunci când viaţa familială nu merge bine să se considere vinovată de acest lucru şi să se considere ratată.

Spre deosebire de alte cercetări în domeniu, studiile propuse de Walker nu au pornit de la presupusa legătură dintre tulburările mintale şi susceptibilitatea la violenţă intimă, ci mai curând a încercat să demonstreze frecvenţa cu care simptome precum depresia, stima de sine scăzută şi neajutorarea apar în rândul femeilor care suferă de mult timp de abuz domestic (Walker, 1984; Walker, 1984). Pornind de la observaţiile lui Seligman, Walker arată că expunerea continuă la abuz va diminua în timp motivaţia femeii de a răspunde şi a produce acelaşi tipuri de răspunsuri cognitive, comportamentale şi motivaţionale. Cu alte cuvinte, o femeie care rămâne într-o relaţie violentă va tinde mai curând să prezinte semne de neajutorare învăţată faţă de o alta care va scăpa de relaţia violentă (Walker, 1984).

Sindromul femeii abuzate este listat ca tulburare abia în Manualul de Diagnostic

Sănătate Mintală IV- TR (2000), şi este în genere recunoscut ca o subcategorie a tulburării de stres post traumatic. O asemenea asociere între acest sindrom şi PTSD este în genere justificată în baza faptului că multe dintre victimele violenţei domestice prezintă simptome comparabile cu cele prezentate de persoane care au trecut prin alte feluri de experienţe tramatice, ca de exemplu situaţia de a fi prizonier de război (Griffith, 1995; Mc Mahon, 1999), având trei simptome comune: retrăirea evenimentului, evitarea şi hiperexcitaţia.

Există o serie de critici ce pot fi aduse direct folosirii sindromului femeii bătute, atât din punct de vedere legal, cât şi din punct de vedere clinic. Majoritatea criticilor tind să se încadreze în cel puţin două direcţii – o primă direcţie este cea legată de lipsurile metodologice şi conceptuale din cercetarea lui Walker şi ca o consecinţă, minusurile constructului de sindrom femeii bătute, o a doua direcţie fiind legată de observaţiile, în principal subliniate de adeptele feminismului, conform cărora aşa cum este prezentat sindromul el eşuează să surprindă biasurile de gen mai ales din sistemul legal vestic.

3.1.5. De ce nu pleacă femeia abuzată ?

În analiza studiilor referitoare la răspunsurile femeilor la violenţa domestică, Cavanagh propune trei linii directoare. În primul rând, face referire la tendinţa literaturii de a ignora ceea ce femeile realmente „fac" atunci când se confruntă cu violenţa domestică; mai mult, se cultivă o serie de prezumţii conform cărora rezolvarea problemelor lor s-ar reduce simplu la a hotărî dacă să rămână sau să plece din mediul abuziv, un răspuns evident reducţionist care nu recunoaşte complexitatea relaţiilor intime şi subminează nenumăratele contradicţii şi dileme pe care le trăiesc femeiele pe măsură ce încearcă să facă din relaţia lor una sigură (Mahoney, 1994; apud Cavanagh, 2003). O întreagă gamă de comportamente abuzive şi violente se petrec pe scena unor relaţii intime caracterizate de altfel de iubire şi angajament : asemenea relaţii nu pot fi reduse DOAR la violenţă; sunt multe alte aspecte la mijloc.

În al doilea rând, relaţiile intime nu sunt nişte entităţi statice, ci sunt rezultatul unor nenumărate interacţiuni, scena efectivă dar şi metaforică a eforturilor depuse de bărbaţi şi femei care interacţionează zi de zi. Răspunsul la violenţă este şi el un proces dinamic; femeile şi bărbaţii dintr-o anumită relaţie dau o anumită semnificaţie violenţei dintre ei, o

definesc de o anumită manieră şi tot acest proces influenţează modul în care ei răspund la această violenţă (Bergen, 1995; Kelley, 1988 apud Kate Cavanagh). Mai mult, procesul de ataşare a semnificaţiei este interactiv prin însuşi caracterul lui (Denzin, 1984).

În al treilea rând, toate procesele interactive trebuie să fie localizate în cadrul contextului structurii sociale mai largi, în care indivizii acţionează şi în care îşi construiesc interpretările. Forţe istorice şi structurale ce sunt dincolo de graniţele acestor interacţiuni dau o formă acelor întâlniri violente dintre parteneri şi răspunsurilor date de către aceştia. Definiţiile date de către indivizi violenţei domestice sunt influenţate de către inechităţile structurale dintre bărbaţi şi femei şi, în contextul unor relaţii intime violente frecevente, indivizii de sex masculin au puterea de a defini şi a da semnificaţie comportamentului lor "violent", de a impune şi, dacă este necesar, de a întări "hegemonia definiţională" (Lempert, 1995, p.176; apud Cavanagh, 2003).

Studiile iniţiale asupra răspunsurilor femeilor la violenţă au pus în avangardă doar două posibilităţi – să stea sau să plece (Agguire, 1985; Gelles, 1976). Conform lui Mahoney (1994), a sta este adesea văzut ca "... o alegere socială suspectă – adesea percepută ca acceptare a violenţei", în vreme ce a pleca este văzut ca singurul răspuns care confirmă faptul că femeia nu mai este dispusă să tolereze violenţa. În ciuda riscurilor semnificative implicate de părăsirea soţului, mai ales riscul de omucidere (Daly şi Wilson, 1988), sau problemele economice sau sociale cu care se confruntă femeile atunci când pleacă, separarea de partener este încă considerată actul final sau unic de rezistenţă. femeile care stau sau se întorc continuă să fie implicate în situaţia de abuz ca şi alte victime dispuse responsabile într-un anumit fel de "provocare" violenţei. Stereotipurile legate de neajutoararea femeilor, dependenţa şi pasivitatea lor confirmă adesea statutul de "victime" al femeilor (Walker, 1984). Sunt de asemenea suficiente surse în literatură care resping ideea de pasivitate a femeilor şi tratează femeile ca "supravieţuitoare" a abuzului (Barnett şi LaViolette, 1993; Kirkwood, 1993), existând destul de multe date acum legate şi de răspunsurile "active" ale femeilor la violenţă (Dutton, 1993, Gondolf şi Fisher, 1988; Hoff, 1990).

Cavanagh a iniţiat un studiu pentru analiza tipurilor de răspuns pe care le au femeile în faţa actelor violente ale partenerilor lor intimi. În cursul procesului de *încercare de a opri – preveni* violenţa se integrează conform acestui studiu următoarele tipuri de reacţii:

a. Definirea şi redefinirea violenţei. Definirea comportamentului bărbatului ca violent sau abuziv este un proces cheie in determinarea modului în care femeia va răspunde la actele acestuia; socializarea de gen pare să fie extrem de dificil de depăşit şi atunci cînd apare un prim episod de violenţă, de regulă femeile sunt şocate şi confuze, încercând să înţeleagă un act ce este clar incongruent cu aşteptările lor vis a vis de relaţia în cauză. Majoritatea femeilor sunt reticente în a defeini experienţa iniţială ca violenţă, preferând să vadă incidentul abuziv ca pe unul unic şi nicidecum ca şi parte a unei relaţii posibil violente. Dar în sine definiţiile sunt dinamice şi ca urmare a reflectării îndelungate asupra experienţelor repetate cu violenţa, femeile ajung să modifice definiţiile iniţiale şi implicit şi răspunsul lor la actele în cauză.

b. Protejarea integrităţii relaţiei. Răspunsurile la incidentele abuzive implică adesea absenţa dialogului dintre cei doi parteneri: multe dintre femei sunt reticente la început când vine vorba de a împărtăşi altora prin ce trec. Principiul intimităţii este unul bine prezervat şi multe dintre femei văd în acest tip de răspuns o modalitate de a proteja relaţia. A face publice actele de violenţă, mai ales într-o etapă timpurie a relaţiei a reprezentat o anatemă pentru multe dintre femei. Sentimentul de ruşine era un dat. Femeile îşi doreau să uite că episodul de violenţă a existat vreodată şi cu atât mai puţin ca alţii să ştie că "efectiv se întâmplă aşa ceva". În al doilea rând, multe dintre femei nu vor să spună pentru că în sufletul lor speră că partenerul se va schimba, credinţă ce îşi are rădăcina în aştepătrile culturale ce plasează femeia în poziţia de prim gardian al relaţiei (Hochschild, 1983 apud Cavanaugh, 2003). Orice femeie doreşte să se prezinte pe sine şi relaţia sa într-o lumină pozitivă; a recunoaşte actul de violenţă din interiorul unei relaţii este echivalent cu a recunoaşte faptul că ea nu este un partener bun şi un bun gardian al relaţiei, şi mai puţin faptul că bărbatul e iniţiatorul unui act nepotrivit. Ca şi responsabile principale de succesul sau eşecul relaţiilor lor prin moştenire culturală, femeile fac tot posibilul ca relaţia să funcţioneze. Această prescripţie socială face ca femeia să întâmpine dificultăţi în a defini actul ca şi violent şi să răspundă la el ca atare : violenţa lui nu este altceva decât expresia eşecului ei de a face relaţia să funcţioneze.

c. Utilizarea de strategii de stopare- reducere a violenţei –„Doing gender”. Eforturile femeilor de a stopa – reduce violenţa pot fi categorizate funcţie de măsura în care ele "did gender" sau nu. "Doing gender" (West şi Zimmerman, 1987 apud

Cavanaugh, 2003) se referă în acest context la a răspnde la violenţă în modalităţi care nu prezintă nici o ameninţare directă asupra autorităţii şi puterii generale a bărbatului. Asemenea răspunsuri sunt derivate din scripturi de gen construite cultural. Multe dintre femei vorbesc de strategii dezvoltate pentru "gestionarea violenţei". Gestionarea violenţei nu se referă la simplul "a face faţă" sau "acceptarea" ei, ci face referire la punerea în uz a energiei şi diferitelor abilităţi pentru a gestiona violenţa bărbatului. Cu alte cuvinte femeile nu iau actul aşa cum este el, ci încearcă să îi găsească un sens în contextul dinamicii relaţiei şi gestionarea înseamnă efortul de a reduce sau chiar elimina violenţa din această relaţie. Observăm aşadar că gestionarea presupune un sentiment de agent – femeie are nevoie de abilitatea de a rezista. La rândul său, a rezista înseamnă a recunoaşte că evenimentul violent este "o problemă" şi pe măsură ce el se repetă, ca o serie de "ieşiri", respectiv o trăsătură a relaţiei.

Femeile ajung la construirea de adevărate arsenale de strategii de evitare a violenţei, direct legate de specificul evenimentului violent. Răspunsurile sunt calculate prin deducere din cunoştinţele şi experienţa acumulată într-o anumită perioadă de timp în care ele analizează condiţiile în care se declanşează violenţa partenerului. Majoritatea strategiilor au în vedere difuzarea potenţialului violent a bărbatului prin satisfacerea dorinţelor lui imediate. Trebuie subliniat faptul că ar fi o greşeală să considerăm că aceste comportamente denotă pasivitate, acceptare din partea femeilor, pentru că în fapt avem de a face cu un proces intens de căutare a celor mai bune modalităţi de deviere de la conduita violentă. Dacă erau ele sau nu eficiente deja nu mai contează, ceea ce le dinamiza era frica intensă femeilor. Impactul emoţional intens al trăirii continue a acestei stări de abuz şi teroare este evident unul extrem de dureros asupra victimei : integritatea personală a femeii este gradual perturbată făcând din ce în ce mai dificil pentru femeie ca ea să răspundă la violenţă în modalităţi eficiente. Multe dintre femei mărturisesc pierderea abilităţii de a gândi clar şi frecventa punere la îndoială a deciziilor luate nu numai vis a vis de violenţa partenerului, dar şi faţă de alte aspecte ale vieţii de zi cu zi.

d. Utilizarea de răspunsuri care provocau uzul violenţei de către bărbaţi – „not doing gender”. Strategiile menţionate anterior care ameninţă la minimum autoritatea masculină şi stabilitatea relaţiei se dovedesc adesea ineficiente, aducând schimbări infime în dinamica relaţiei. Strategiile de confruntare se nasc din dorinţa intensă a femeilor ca

iadul să se oprească, ajungându –se unoeri ca disperarea şi frica să trezească chiar instinctul de supravieţuire. Printre încercările femeilor de a face faţă violenţei bărbaţilor se numără: confruntările fizice şi verbale, părăsirea relaţiei, alungarea bărbatului din căminul conjugal şi informarea celorlaţi cu privire la episoadele de violenţă.

Prima subcategorie de răspuns de tip confruntare fizică şi psihică comportă evidente riscuri fiind o provocare directă la adresa autorităţii bărbatului. Multe dintre femei sunt conştiente de riscuri şi se tem de implicaţiile actelor sale dar sunt pregătite să îşi asume acest risc pentru a provoca o dată şi pentru totdeauna comportamentul violent al bărbatului. Confruntările fizice iniţiate de femeie sunt în fapt în mare acte defensive : fie că lovesc ele primele sperând să prevină un atac, fie că ripostează unui atac. Studiiul arată că bărbaţii privesc răspunsurile de tip ripostă fizică ca pe o „glumă" (Dobash et al, 2000 apud Cavanaugh, 2003). În fnal, cert este că acest tip de răspuns ar şi consecinţe pozitive, dar şi negative : în unele situaţii ele opresc atacul măcar temporar, însă în alte cazuri ele nu fac altceva decât să agraveze situaţia.

În încercarea de a, „face publică" experienţa violentă, femeile trec dincolo de rolul lor de gen şi ies în afara graniţelor relaţiei. Multe dintre ele recurg la aceasta când chiar trebuie să anunţe poliţia, dar şi înainte prin folosirea altor surse. Aceste acte conştiente de rezistenţă prin împărtpăşirea experienţei dau femeilor posibilitatea de exercita o mai mare presiune asupra bărbaţilor în ideea ca ei să îşi asume comportamentul. Deopotrivă transformarea episodului violent într-o ştire publică şi încercarea de a atrage ruşinea bărbatului poate acţiona ca o sabie cu două tăişuri pentru femeie în sensul că reacţiile celorlalţi ridică adesea anumite dileme. Femeile se regăsesc în poziţia de a cântări cu atenţie avantajele şi dezavantajele deciziei de a face publică o asemenea experienţă.

85 % dintre femei şi-au părăsit partenerul cel puţin o dată în decursul relaţiei în care a intervenit violenţa, unele chiar de mai multe ori pentru perioade diferite. Dependenţa bărbatului faţă de femeia sa a devenit adesea evidentă tocmai după ce femeia a plecat. Eficacitatea acestei strategii diferă desigur de la caz la caz, dar multe femei mărturisesc că ar reprezenta un *trigger* important în reducerea violenţei măcar pentru o anumită perioadă de timp. Cert este că gestul de a părăsi relaţia generează o activitatea sporită din partea bărbatului care va face eforturi să o aducă înapoi pe partenera sa.

Decizia femeilor de a se întoarce este influenţată de foarte mulţi factori cu greutate: sentimentele lor pentru parteneri, dorinţa de a face relaţia să meargă, dorinţele şi sentimentele legate de copii. Scuzele şi promisiunile de schimbare ale bărbaţilor exercită şi ele o presiune considerabilă asupra partenerei vulnerabile emoţional. Chiar dacă legislaţiile contemporane au însemnat şi înmulţirea centrelor destinate femeilor victime ale violenţei domestice şi astfel posibilitatea ca ele să părăsească mediul fără teama de a nu avea unde să locuiască, multe dintre femei preferă să rămână în casa lor şi să lupte pentru drepturile lor legale asupra căminului comun.

Lindhorst, Oxford şi Gilmore (2007) remarcă faptul că deşi se menţionează în diverse studii faptul că dificultăţile economice sunt unul din motivele principale pentru care femeile victime ale violenţei domestice rămân în preajma abuzatorului, sunt prea puţin informaţii legate de efectele de lungă durată ale violenţei intime asupra resurselor economice ale unei femei. Pentru o femeie abuzată stresată de aspectele economice, faptul de a fi angajată poate reprezenta calea spre suficienţa de sine şi eliberarea de abuz, sau dimpotrivă poate fi o expectanţă importantă la care femeia nu poate accede tocmai datorită violenţei şi consecinţelor ei directe (Bradwein, 1999).

Ceea ce remarcă Lindhorst, Oxford şi Gilmore este faptul că cercetările asupra relaţiei dintre violenţa domestică şi statutul economic s-au concentrat asupra explicării prevalenţei abuzului în rândul femeilor care depind de ajutoare sociale şi examinării măsurii în care violenţa domestică creşte riscul şomajului şi astfel nevoii de a apela la ajutor social. Printre femeile incluse în studiul dat şi care beneficiau de ajutor social, între 12 % şi 23 % declară că au trecut prin episoade de violenţă fizică în ultimele 12 luni şi mai mult de două treimi raportează abuz fizic serios pe tot parcursul vieţii (Tolman şi Raphael, 2000). De asemenea o mare majoritate a studiilor recente asupra relaţiei dintre violenţa domestică şi dificultăţile economice întâmpinate se concentrează asupra efectelor violenţei asupra capacităţii de a se angaja şi a păstra locul de muncă (Rigger & Staggs, 2004). Deşi mai multe studii arată că abuzatorii interferează cu statutul de angajat al femeii (Moore & Selkowe, 1999), studiile disponibile nu sprijină ideea un relaţii între abuz şi statutul de angajare curent (Danziger et al., 1999; Danziger & Seefeldt, 2002; Lloyd, 1997; Lloyd & Taluc, 1999; Tolman & Rosen, 2001). Femeile abuzate lucrează la

fel de mult ca şi femeile neabuzate, cu venituri reduse. Orişicum, violenţa domestică poate avea efecte mai subtile, precum descreşterea numărului de ore lucrate (Hetling-Wernyj & Born, 2002; Meisel, Chandler, & Rienzi, 2003), afectarea stabilităţii angajării în rândul celor recent abuzate (Browne, Salomon, & Bassuk, 1999, Riger, Staggs, & Schewe, 2004) şi creşterea probabilităţii în care o femeie va fi concediată, va fi nevoită să demisioneze sau să piardă din salariul de drept datorită absenţelor (Brush, 2002;Riger, Ahrens, & Blickenstaff, 2000).

Toate aceste studii creionează un tablou complex şi totodată contradictoriu. Pe de o parte experienţa violenţei poate încuraja femeia să îşi caute diverse surse de sprijin economic pentru a îşi ameliora situaţia, furnizîndu –i astfel un imbold puternic pentru a depăşi orice bariere potenţiale în calea slujbei lor. Pe de altă parte, consecinţele violenţei domestice asupra angajării pot apărea abia în timp. Ca şi rezultat, femeile cu o istorie de abuz pot avea dificultăţi în menţinerea locului de muncă chiar şi după părăsirea relaţiei abuzive.

Există şi o întreagă serie de studii care merg mai în profunzime şi susţin că efectele violenţei domestice asupra statutului de angajat pot fi mediate de efectul pe care îl abuzul în crearea de probleme mintale în rândul femeilor abuzate (Julnes, Fan & Hayashi, 2001; Riger & Staggs, 2004). O metaanaliză asupra a 18 studii privitoare la efectele violenţei domestice asupra sănătăţii mintale arată că femeile abuzate au rate mai mari de incidenţă a tulburărilor mintale severe incluzând depresia, anxietatea şi tulburării de stres posttraumatic spre deosebire de femeile neabuzate (Golding, 1999). O analiză mai recentă arată că efectele abuzului tind mai curând spre sporirea incidenţei tulburărilor depresive sau altor condiţii mentale cronice decât spre interferarea semnificativă cu activităţile curente ale unei femei (Coker et al., 2002). Cercetările referitoare la supravieţuitoare abuzului merg mai departe sugerând că distresul psihologic este asociat cu şomajul. Femeile abuzate ce suferă de depresie sau anxietate sunt semnificativ mai afectate de şomaj sau să raporteze dificultăţi tehnice spre deosebire de femeile abuzate care nu prezintă astfel de probleme mintale (Carlson, Mc Nutt, Choi & Rose, 2002). Tinere mame abuzate care depind de ajutorul social prezintă de asemenea nivele mai crescute de depresie şi raportează de asemenea şi nivele mai ridicate de constrângeri economice (Kail & Danzinger, 2000).Toate aceste studii anterioare i–au determinat pe

Lindhorst, Oxford şi Gilmore să considere că distresul psihologic provocat de violenţa domestică este un mecanism pentru pierderea de resurse în rândul victimelor violenţei (Byrne, Resnick, Kilpatrick, Best, & Saunders, 1999; Monnier, Resnick, Kilpatrick, & Seals, 2002).

3.2. Copilul, victimă a violenţei domestice

Discuţia referitoare la efectele violenţei domestice asupra universului familiei comportă un capitol distinct când vine vorba de efectele asupra copiilor, atât din punct de vedere al implicaţiilor juridice ale acestui fenomen, cât şi din punct de vedere al implicaţiilor psihice extrem de complexe pe care acest fenomen le poate avea asupra unor structuri în dezvoltare. Studiile din ultima perioadă se concentrează pe evidenţierea diferenţelor ce apar la nivel de efecte funcţie de vârsta copilului, genul acestuia, stadiul de dezvoltare, frecvenţa actelor de violenţă, măsura sprijinului oferit de adulţi copiilor lor în ciuda contextului violent, dar realitatea majorităţii studiilor rămâne una şi aceeaşi: majoritatea copiilor sunt profund afectaţi de vieţuirea în contextul violenţei domestice şi riscurile de scurtă sau lungă durată asupra dezvoltării lor generale sunt un dat.

Deoarece scopul acestei lucrări este unul mai larg, propunem o scurtă trecere în revistă a consecinţelor pe care expunerea la violenţă domestică le poate avea asupra copiilor în termen imediat, dar şi în timp. În termeni de consecinţe fizice, ca şi în cazul victimelor femei, se poate discuta de răni minore, zgârieturi, vânătăi până la plăgi, contuzii, fracturi, etc, cu atât mai mult cu cât corpul copilului este mult mai vulnerabil, iar capacitatea sa de a se apăra sau a riposta este mult mai redusă.

De un interes aparte este discuţia legată de efectele timpurii ale violenţei domestice asupra fătului şi mai apoi bebeluşului a cărui dezvoltare ulterioară poate fi profund afectată dacă violenţa intervenită în această etapă este una severă.

Apariţia unor tehnici precum imagistica rezonanţei funcţional magnetice şi electroencefalogramei a permis explorarea concentraţiilor atipice de neurotransmiţători, neregularităţilor la nivel de unde ale creierului, integrării inadecvate dintre emisfera dreaptă cu cea stângă, sau discrepanţelor de mărime dinte diversele regiuni ale creierului. Aceasta a făcut posibilă şi compararea dintre modul în care se dezvoltă creierul la cei

care sunt victime ale unor acte de violenţă încă de timpuriu faţă de cei care nu sunt expuse unor astfel de factori de risc.

Stresul, trauma şi abuzul ce apar la vârstă fragedă pot altera atât *structur*a, cât şi *funcţionare*a creierului uman prin schimbarea compoziţiei chimice specifice acestuia. Se pare că în timpul în care creierul se dezvoltă, apariţia stresului stimulează reacţii chimice determinante pentru o reorganizare neuronala a creierului. De vreme ce copilăria reprezintă perioada când mare majoritate a dezvoltării creierului are loc, atât experienţele pozitive, cât şi cele negative vor influenţa modul în care creierul acestuia îşi structurează conexiunile nervoase. Deşi se ştie că creierul uman continuă să se dezvolte şi să schimbe pe tot parcursul vieţii, bebeluşul se naşte în fapt cu întreaga gamă de celule nervoase pe care le–ar putea dobândi. „Influenţele timpurii sociale, emoţionale şi de mediu exercită un efect semnificativ de organizare ...asupra creierului...care creionează şi modelează toate aspectele dezvoltării intelectuale, perceptuale, sociale şi emoţionale" (Joseph,1998; apud Ituarte, 2007). Stresul excesiv „alterează atât producţia de hormon ce reglează stresul, cortizonul, cât şi producţia de neurotransmiţători" (Mc Ewen, 2003; apud Ituarte, 2007), ceea ce duce la dezechilibre chimice generatoare de anxietate, depresie, abuz de substanţe, răspuns slab la stres, agresivitate şi suicid. Imageria creierului arată că acei copii care au trecut prin episoade de abuz şi neglijare au o tendinţă mai ridicată de a experienţia activitate scăzută a creierului şi de asemenea le lipseşte abilitatea de menţine un echilibru emoţional.

Conform lui Schore(2001) (apud Ituarte, 2007), „există dovezi extinse conform cărora apariţia traumei în viaţa timpurie împiedică dezvoltarea capacităţii de a menţine relaţii interpersonale, de a face faţă stimulilor stresanţi şi de a regla emoţiile". Schore argumentează prin faptul că relaţiile puternice, stabile şi sănătoase de ataşament între copil şi îngrijitorul său sunt critice pentru dezvoltarea neurologică a copilului şi ulterior pentru sănătatea sa mentală ca şi adult. Solomon şi Heide (2005) adaugă şi ei că „relaţia unui bebeluş cu îngrijitorul său primar are un efect direct asupra organizării circuitelor neuronale din creierul aflat în dezvoltare. Multe din circuitele neuronale afectate de experienţe timpurii conectează arii ale creierului cu rol critic pentru dezvoltarea emoţională, fiziologică, psihologică şi socială. Unele din aceste circuite sunt necesare pentru coping ul adaptativ la situaţii emoţionale şi stresante".

Greenough şi Black (1992) explică dezvoltarea „dependentă de experienţă” ca şi creştere ce va avea loc numai dacă o experienţă specifică va apărea în perioada critică de dezvoltare. Aceste evenimente sociale timpurii sunt imprimate în structurile neurobiologice ce se vor maturiza pe măsură ce creierul se dezvoltă în primii doi ani de viaţă, şi vor avea apoi efecte de lungă durată şi extindere. Sistemul limbic, care procesează emoţii precum frica, plăcerea, agresivitatea, dar care răspunde şi de formarea amintirilor de durată, este considerat a fi „expectator de experienţă” – „abilitatea de a forma ataşamente emoţionale cere nu numai stimulare emoţională, dar şi capacitatea de a îţi reaminti feţe, oameni, obiecte şi chiar locaţii; funcţii asociate cu amigdala şi hipocampul (ce ţin de sistemul limbic). Cu toate aceste, de vreme ce amigdala şi hipocampul pot fi afectate de către deprivare sau experienţele anormale de creştere, nu doar emoţiile, dar toate aspectele legate de formarea memoriei de scurtă durată şi de lungă durată pot fi afectate de asemenea” (Joseph, 1999; apud Ituarte, 2007).

Martin Teicher (neuropsihiatru la Universitatea Harvard şi director al unui Program de Cercetare Biopsihiatrică) iniţiază un lot de cercetări ce compară creierul unor persoane expuse la abuz cu cel al altora fără un astfel de istoric. Printre anormalităţile identificate de aceste cercetări se numără leziuni ale lobului temporal şi a pedunculului cerebral, cele două formaţiuni reprezentând regiunea creierului implicată în reglarea limbajului şi sistemului limbic (considerat aşa cum spuneam centrul de procesare a emoţiilor). În studii ce compară imaginile de rezonanţă magnetică ale unor individzi cu istoric de abuz şi cele ale altor persoane fără un asemenea istoric, mărimea hipocampului stâng sau amigdalei unui pacient cu istoric de abuz este mai mică decât cea a unuia fără un astfel de istoric (Tiecher, 2004).

În compararea unui loc de copii abuzaţi sau neglijaţi cu un grup de control, acelaşi Tiecher şi colegii (2004) au arătat că există o diferenţă clară în ceea ce priveşte mărimea grupului de celule nervoase ce conectează partea stângă a creierului cu cea dreaptă. Într-o comparaţie a structurii creierului a 22 de femei cu istoric de abuz sexual în copilărie cu alte 22 de femei fără un astfel de istoric, Murray B. Stein de la Universitatea California arăta de asemenea o medie de 5 procente reducere în mărimea şi volumul hipocampului stâng al femeilor abuzate. Mai mult, victimele abuzului şi neglijenţei sunt mai puţin capabile să integreze funcţiile emisferelor dreaptă şi stângă atunci când sunt comparate cu

alte persoane ce nu au un istoric de abuz. Leziunile la nivel de emisferă stângă rezultă într-o activitate cerebrală anormlă ce mimează convulsiile. O alte serie de experimente arată că pacienţii cu un istoric de abuz sunt de două ori mai expuşi apariţiei unor unde anormale ale creierului sau unei activităţi electrice anormale, şi de cinci ori mai expuşi experienţierii de gânduri suicidare faţă de cei care nu au istoric de abuz. Dezvoltarea anormală a emisferei stângi a creierului este legată şi de probleme de memorie şi apariţia depresiei.

Solomon şi Heide (2005) explică diferenţa de trăiri într-un mod cât se poate de plastic. Amintirile non – traumatice sunt procesate la fel ca o rolă de film. Experienţele şi evenimentele personale sunt stocate temporar în sistemul limbic şi includ un oarecare sentiment de sine şi de timp (aşa cum ar fi cazul unei poze în care copilul petrece de ziua sa cu părinţii în jurul unui tort). Aspectele cognitive ale acestei amintiri sunt stocate în hipocamp, în vreme ce emoţiile ataşate acestei amintiri sunt stocate în amigdala. "Pe măsură ce creierul procesează aceste amintiri în timp, aspecte ale lor sunt abstractizate şi transferate către neocortex". Pe de cealaltă parte, experienţele triste sunt procesate de o manieră mult mai înceată şi rămân stocate în sistemul limbic pentru o perioadă mai mare. "Deoarece experienţele traumatice sunt înspăimântătoare, supravieţuitorii evită să se gândească şi să vorbească despre ce s-a întâmplat. Această evitare opreşte procesarea. (Ca rezultat), trauma alterează fiziologia şi dă naştere la imagini, sentimente, senzaţii şi credinţe ce pot persista întreaga viaţă" (Solomon şi Heide, 2005; apud Ituarte, 2007). Amintirile evenimentelor traumatice surprind creierul şi se acumulează pe termen nedefinit în sistemul limbic.

Toate aceste rezultate timpurii documentate neurobiologic, anticipează şi explică fundamentele biologice ale unor *reacţii psihologice* variate ce apar în rândul copiilor victime sau martori ale unor episoade de violenţă domestică şi se complică pe măsură ce aceştia evoluează spre adolescenţă.

- McNeal, Amato (1998), printre alţii, citează studiile care arată că majoritatea copiilor reacţionează la conflictele dintre adulţi prin *frică, mânie, agresiune şi inhibiţia comportamentului normal* (Cummings, 1987) ceea ce sugerează că violenţa între părinţi este interent stresantă pentru copii.

- Ca o consecinţă a trăsăturii egocentrice dominant dezvoltată, copii se regăsesc rapid blamându-se pentru altercaţiile violente dintre părinţii lor, ceea ce duce mai departe la *sentimente pronunţate de vină şi stimă de sine scăzută* (Grych & Fincham, 1990).
- Conflictele cronicizate, nerezolvate dintre părinţi sporesc *sentimentul de insecuritate emoţională* a copiilor (Davies & Cummings, 1994). Copii nesiguri au mai departe dificultăţi în reglarea propriilor emoţii şi dezvoltă trăsături precum *incapacitatea de a avea încredere*, ceea ce le subminează capacitatea de a forma legături apropiate şi stabile cu alţii semnificativi.
- Prin modelarea periodică a violenţei ca soluţie părinţii îşi învaţă copii în mod indirect că neînţelegerile sunt rezolvate prin intermediul agresivităţii mai curând decât prin compromisuri. Implicit, copii din astfel de medii se vor regăsi folosind violenţa în încercările de a rezolva conflicte din relaţii ce nu ţin neapărat de sfera relaţiilor familiale. *Agresivitatea crescută, mânia generalizată, hiperactivitatea şi problemele comportamentale derivate* sunt tot atâtea forme de externalizare a stresului resimţit.
- Indicatori ai stresului acut resimţit mai pot include *tulburări de somn (incluzând insomnii, coşmaruri şi chiar resimţirea unei frici puternice de a merge la culcare), controlul diminuat al sfincterelor, dificultăţi de concentrare, capacitate diminuată sau întreruperi în menţinerea atenţiei*. De asemenea se pot nota tulburări fiziologice consecinţă a stresului prelungit precum astmul, diareea, durerile de stomac, durerile de cap şi bronşitele.
- Stima de sine scăzută şi capacitatea redusă de contact social alternând cu deprinderi bine dezvoltate de interacţiune socială, dar capacitate redusă de gestionare a situaţiilor dificile, corelează cu o *capacitate generală redusă de adaptare.*
- Dezvoltarea unui comportament secretos, tăcut, până la incapacitatea de a povesti ceea ce i se întâmplă este de asemenea o consecinţă a inhibiţiilor constante impuse sau autoimpuse specifice unei relaţii de teroare în care copilul „învaţă" că este spre binele său şi al semenilor să vorbească cât mai puţin despre ceea ce se petrece în sânul familiei.

- Tulburarea de stres posttraumatic este una dintre cele mai citate tulburări grave întâlnite în rândul acestor copii.
- Dificultăţile şcolare, incluzând realizări şcolare sub nivel, performanţe scăzute şi lipsa concentrării sunt contrabalansate de cazuri în care şcoala devine singurul mediu sigur pentru copil, şi în consecinţă el are rezultate academice excepţionale, pasiunea pentru şcoală mergând până la refuzul de a mai merge acasă la sfârşitul programului.
- Fuga de acasă devine ca şi în cazul de mai sus o strategie de evitare a episoadelor de violenţă, fie că sunt ele îndreptate asupra lor, fie că ar fi numai martor al violenţei îndreptate asupra unui alt membru.
- Însuşirea timpurie a rolului de "părinte" reprezintă o altă reacţie controversată documentată de specialişti : preluarea de responsabilităţi legate de gospodărie, până la îngrijirea fraţilor mai mici şi realizarea de sarcini complexe reprezintă adesea o strategie a copilului martor al violenţei domestice. El caută astfel să îşi menajeze mama victimă, să îndeplinească din sarcinile ei pentru a evita situaţiile în care tatăl violent reproşează neîndeplinirea lor, în tot acest timp neglijându-şi propriile nevoi, mai ales pe cele emoţionale. Mulţi dintre părinţi se lasă adesea „înşelaţi”: cognitiv şi fizic, cel mai adesea, copilul poate face faţă acestor sarcini, dar încărcătura emoţională aferentă este una peste posibilităţile copilului, ce conduc la epuizare emoţională şi înstrăinare.
- Situaţiile mai frecvente de experienţiere a pierderii – de la obiecte dragi, la schimbarea căminului, prietenilor, relaţiilor importante, până la perioade prelungite de separare faţă de figurile importante de ataşament – sunt de asemenea o provocare emoţională puternică pentru copii. Un proces sănătos de dezvoltare ar avea nevoie de cât mai multă stabilitate şi siguranţă, ori în acest context schimbător copii nu au adesea timp să îşi fixeze repere şi descoperă că nu merită să investească în a îşi identifica astfel de repere, deoarece în scurt timp le pot pierde din nou.
- O altă strategie bine documentată, care poate face subiectul unei discuţii separate, este cea a folosirii drogurilor, alcoolului ca formă de evadare din starea de fapt a violenţei domestice, şi ca urmare implicarea într-o întreagă gamă de activităţi

delincvente –infracţionale.

- Tot în termeni de strategie, se evidenţiază şi situaţia în care copii conchid că singura lor şansă de supravieţuire rezidă în alierea cu tatăl violent, ajungându-se chiar până la implicarea lor în atacurile violente asupra mamei – este semnul însuşirii modelului violent şi riscului perpetuări acestuia în decursul vieţii intime ulterioare.

Un alt aspect al discuţiei referitoare la consecinţele violenţei domestice asupra copiilor este cel referitor la capacităţile diminuate – alterate de parentalitate. Pe de o parte, literatura se concentrează asupra efectelor pe care le are violenţa domestică asupra femeii victimă, legând acest interes de concepţia tradiţională conform căreia mama este mai implicată decât tatăl în creşterea copiilor. În acest sens se arată că violenţa domestică, în ceea ce priveşte femeia victimă, corelează cu :

- stil parental inconsistent, funcţie de starea emoţională a mamei; sunt mame care vor fi mai dure şi mai stricte faţă de copii lor atunci când abuzatorul este prezent, şi mai tolerante şi înţelegătoare atunci când acesta nu este prezent, ceea ce produce o stare puternică de confuzie pentru copil;
- împiedicarea femeii de la oferi îngrijire copiilor la standarde normale – consecinţă a episoadelor extrem de violente după care victima are nevoie de o perioadă îndelungată de recuperare sau ca strategie a abuzatorului pentru manipularea victimei;
- fomarea unei percepţii distorsionate în rândul femeilor victime conform căreia îngrijirea copilului este o sarcină stresantă, mult mai stresantă prin comparaţie cu percepţia femeilor care nu sunt victime ale violenţei domestice (Holden& Ritchie, 1991);
- în procesul continuu de autodepreciere, femeile pierd şi din încrederea în capacităţile lor de a fi bune mame. A îşi vedea mama abuzată fizic este pentru copil echivalent cu faptul că mamele nu sunt capabile să se protejeze pe ele însele şi cu atât mai puţin pe copii; copii mai mici pot de asemenea să creadă că mamele lor sunt "rele" şi "neascultătoare" şi de aceea sunt "pedepsite", o impresie care e cu atât mai încurajată atunci când atacul fizic este însoţit şi de unul verbal (Mullender et all., 2002). Mamele vor simţi aceasta şi îşi vor întări ele însele

concepţia conform căreia nu sunt capabile să îşi apere copii;

- adesea femeile sunt atât de extenuate emoţional de travaliul acceptării violenţei, încât nu mai au resurse pentru a face faţă nevoilor emoţionale ale copiilor. O consecinţă gravă este cea a creării unei adevărate distanţe – bariere emoţionale între mamă şi copii săi, agravată de comportamentul dificil al copilului privat emoţional, la rândul său secat emoţional de încercarea de a înţelege semnificaţia fenomenului căruia îi este martor;
- episoadele de violenţă a mamei faţă de copii săi sunt, pe de o parte, semne ale propriei frustări determinate de starea de tensiune îndelungată, dar pe de altă parte pot fi strategii ale acesteia de evitare a unui tratament cu mult mai violent din partea partenerului masculin care dacă ar aplica o pedeapsă mai cruntă dacă ar fi lăsat.

Problematica afectării relaţiei mamă –copil ca urmare a violenţei domestice se cere cu atât mai mult abordată cu cât cercetările arată că relaţia rămâne una dificilă chiar şi după ce cuplul mamă copil a părăsit mediul abuziv şi a revenit într-unul cald şi protector. Ceea ce pare să împiedice mama şi copilul în procesul de reparare a relaţiei odată ce sunt la adăpost este un fel de „conspiraţie a tăcerii". Născută dintr-o situaţie „dominată de secret, tăcere şi frică" (Mullender et al., 2002) ce a trebuit ferită de privirile exterioare, şi în care confesiunile mutuale nu au fost strategii prea sigure, lipsa de împărtăşire a gândurilor, sentimentelor, nevoilor poate continua fără nici un motiv aparent. Mamele par să nu se adreseze copiilor lor din dorinţa de a îi proteja de posibilitatea de a înţelege pe deplin ceea ce se întâmplă ignorând faptul că ei ştiu destul de multe şi înţeleg mai mult decât şi ar fi imaginat. În acelaşi timp, copii nu se adresează nici ei mamelor pentru că au subînţeles mesajul că astfel de lucruri nu trebuie menţionate şi pentru că observă că mamele lor au deja suficiente lucruri cărora trebuie să le facă faţă fără ca şi ei să le mai deranjeze. Ei cred că astfel îşi ajută şi protejează mamele. „Apărarea secretului şi a protejării reciproce poate fi un pattern dificil de întrerupt" (Mullender et al., 2002).

În ceea ce îl priveşte pe abuzator, Bancroft şi Silverman (2002), în lucrarea „Abuzatorul ca părinte", subliniază o serie de concluzii ale evaluărilor destinate acordării custodiei parentale sau aferente programelor de intervenţie la nivelul abuzatorilor, conform cărora caracteristicile parentalităţii abuzatorilor atunci când sunt comparaţi cu

taţii non violenţi includ un stil autoritar, cu un nivel mai ridicat de control, adesea mai puţin consistent şi tinzând mai curând spre manipularea copiilor şi subminarea autorităţii mamei, şi în genere a stilului ei parental. Experienţa lor arată că abuzatorii sunt adesea capabili să ducă la bun sfârşit sarcinile parentale atunci când sunt observaţi pe parcursul evaluărilor sau supervizaţi în cadrul vizitelor, pentru ca apoi să îşi modifice comportamentul imediat ce observaţia a luat sfârşit. Ei sugerează că abuzatorii pot adesea presa copii să le dea detalii ale discuţiilor confidenţiale pe care le poartă cu evaluatorii – asistenţii sociali, sau să formuleze un mesaj specific favorabil abuzatorului în faţa tribunalului- curţii.

4. MODELE PSIHOTERAPEUTICE CONTEMPORANE DE INTERVENŢIE ÎN CAZURI DE VIOLENŢĂ DOMESTICĂ

4. 1. Un model de psihoterapie sistemică aplicat în domeniul violenţei fizice din cadrul cuplurilor

4.1.1. Introducere

Lawick şi Groen (1998) au dezvoltat conceptul de spirală a violenţei, în care pot fi prinşi partenerii de cuplu. De asemenea, cei doi psihoterapeuţi au dezvoltat şi o metodă prin care să ajute cuplurile să iasă din această spirală, precum şi alte căi de rezolvare a conflictelor. Punctul central al acestei metode este planul time-out (pauză). Este luată mai întâi în discuţie eficacitatea planului time-out-ului. După ce planul este bine însuşit se ia în discuţie şi procesul psihoterapeutic. Dezvoltarea abilităţii de reflecţie la toţi cei implicaţi este de o importanţă crucială în acest tip de psihoterapie sistemică.

4.1.2. Planul time-out

Dacă, în timpul unui conflict domestic, apare intenţia de angajare în violenţă fizică sau dacă aceasta chiar are loc, este necesar ca acestui aspect să i se acorde o atenţie deosebită. Este foarte important să fie adresate întrebări specifice despre violenţa domestică. Adesea clienţii nu abordează ei înşişi aceste aspecte, simţindu-se ruşinaţi. Sentimentul siguranţei fizice şi psihice este un imperativ în psihoterapie. În cazul în care consilierea, în cadrul căreia sunt abordate subiecte dureroase, conduce la creşterea tensiunii şi a violenţei psihice şi fizice în familie, atunci acest lucru determină o severă alterare a mediului terapeutic. Psihoterapeutul poate opta pentru ignorarea acestor probleme, sperând că violenţa va dispărea odată cu rezolvarea problemelor dificile pe care le aduc în discuţie clienţii. De asemenea, terapeutul poate fi copleşit de teamă şi

neputinţă şi evită subiectele pe care are senzaţia că nu le poate gestiona într-o manieră satisfăcătoare. Utilizarea planului time-out pare a fi un instrument util în focalizarea asupra violenţei ca „factor distructiv al vieţii" (Lawick şi Groen, 1998), care exercită o presiune asupra tuturor celor implicaţi. „Violenţa distruge tot ce-ţi este mai drag" – este un slogan atractiv. În sensul acesta modelul se corelează foarte bine cu metoda *externalizării problemei*, dezvoltate de Michael White (White şi Epson, 1990). Nimeni nu este învinovăţit. Toţi vor fi responsabilizaţi în mod egal în a face tot posibilul pentru a căpăta control asupra violenţei.

În general, bărbaţii agresivi aruncă vina pentru apariţia violenţei asupra partenerei sau a circumstanţelor: *„Dacă nu m-ar cicăl,i nu ar trebui s-o lovesc*". Fără a învinovăţi pe nimeni şi fără a încerca să ne dăm seama cine are dreptate (plecând de la premisa că fiecare vine cu propria realitate, formându-se o dublă liniaritate cauzală, neeficientă din punct de vedere terapeutic), vom explica faptul că atenţia ar trebui să fie îndreptată în primul rând spre a-l determina pe bărbat să se controleze şi să nu lase circumstanţe precum o soţie cicălitoare, un copil mofturos sau reproşuri nefondate ale şefului să scoată la lumină toată impulsivitatea.

Planul time-out-ului are o structură simplă şi funcţională. Dacă una dintre părţile implicate simte că „situaţia scapă de sub control", el/ea ar trebui să ia o pauză. Aceasta înseamnă părăsirea camerei în care are loc conflictul. Partenerul/partenera ar trebui să coopereze şi să nu încerce să-l oprească pe celălalt. Persoana care a părăsit camera trebuie să facă tot posibilul să se calmeze, să se reîntoarcă după un timp şi să restabilească contactul într-un mod paşnic. De exemplu: „*Bună, tot eu sunt*" sau „ *Doreşti o cafea sau un ceai?"* .

Împreună cu clienţii terapeutul trece în revistă, calm, semnele care indică necesitatea unui time-out. Cum ne dăm seama că lucrurile scapă de sub control? Indiciile fizice sunt foarte importante în acest caz. Înainte de izbucnirea furiei, nivelul adrenalinei creşte, bătăile inimii se accelerează şi tensiunea fizică creşte proporţional. Clienţii sunt învăţaţi să devină conştienţi de aceste semne fizice şi acest lucru constituie un instrument important în adoptarea la timp a time-out-ului.

Pauza terapeutică trebuie semnificată foarte atent: nu este un semn de slăbiciune, ci unul de putere, de a nu te lăsa provocat şi de a avea autocontrol. Iniţial, acest plan a

fost creat pentru prevenirea violenţei fizice, dar în prezent a fost extins în sistemul olandez pentru a preveni violenţa fizică şi psihică încă de la primele semne. Nu doar violenţa fizică, dar şi cea psihologică sunt componente ale unui pattern comportamental de control asupra partenerului. De exemplu, criticarea, umilirea, controlul financiar sau izolarea socială a celuilalt şi un spectru extins de acţiuni fizice, precum nelăsarea partenerului să părăsească încăperea, încuierea acestuia, împingerea, zgâlţâirea, lovirea, sugrumarea, lovirea cu capul de perete, aruncarea pe podea, pe scări, lovirea cu piciorul sau orice combinaţie a acestor comportamente brutale. Pe măsură ce, prin metoda time-out-ului, clienţii învaţă să recunoască acumularea de tensiune într-un stadiu incipient şi, drept urmare, să ia măsuri pentru a se autocalma, pot fi prevenite traumele fizice şi psihologice. Rapoartele referitoare la femeile abuzate arată că traumele cauzate de violenţa psihologică au consecinţe mult mai profunde decât violenţa fizică. Lawick (Lawick şi Groen, 1998) exemplifică acest aspect făcând referire la cazul unei cliente care afirma: „ *Pot să uit bătăile, dar ceea ce spunea atunci mă urmăreşte permanent.*"

Dacă planul time-out-ului reuşeşte, se creează o bază pe care terapeutul poate apoi lucra şi se poate concentra asupra altor aspecte ale relaţiei. Experienţa dovedeşte că izbucnirile violente pot recidiva. Este recomandabil ca şedinţa următoare să se focalizeze asupra comportamentului violent. Ce anume s-a întâmplat, s-ar fi putut utiliza time-out-ul şi de ce a eşuat pauza? Inţelegerea şi exprimarea acceptării unei recidive este imperativ necesară: „*După cum v-am spus şi înainte, de obicei se întâmplă din nou. Acest lucru este destul de frecvent. Deocamdată trebuie să analizăm complet şi strategic exact cum s-a întâmplat şi cum se poate evita în viitor soluţionarea violentă a situaţiei*". Adesea va părea că se reia totul de la zero. Bărbatul violent se ruşinează, simte că a eşuat, aruncă vina asupra celorlalţi: „*Nu este vina mea că lucrurile au scăpat de sub control, ci este vina comportamentului umilitor şi sâcâitor al soţiei şi al fiului adolescent*". Terapeutul trebuie să aibă răbdare şi să treacă prin aceleaşi etape din nou. Încă odată este nevoie de crearea unei atmosfere non-acuzatoare, în care planul time-out-ului este desprins de esenţa conflictelor. Se discută în ce stadiu au crescut tensiunea fizică şi ritmul cardiac, de ce nu s-a profitat de oportunitatea unui time-out şi cum se poate face acest lucru în situaţii similare. Doar după ce se clarifică aceste lucruri se poate fixa data unei noi şedinţe de terapie.

4.1.3. Ordinea simbolică

Teoria despre ordinea simbolică aruncă o rază de lumină asupra funcţionalităţii planului time-out. Conceptul ordinii simbolice îşi are originea în gândirea antropologului Levi-Strauss şi este dezvoltat de Lacan (*apud* Schokker şi Schokker, 2000). Ordinea simbolică reglează societatea noastră, constând în reguli sociale şi ritualuri care fac ca existenţa unei societăţi să fie posibilă. Fără această ordine simbolică ar fi haos. Ordinea simbolică este prin definiţie impersonală şi face referire la anumite roluri ce trebuie îndeplinite pentru conservarea ordinii sociale. Un judecător devine judecător punându-şi roba; el ilustrează legea acum şi aici, personalitatea sa nefiind relevantă. Acelaşi lucru este valabil şi pentru poliţist sau profesor, dar şi pentru rolurile de mamă şi tată. Bineînţeles că părinţii pot fi priviţi ca fiinţe unice cu propria personalitate şi istorie. Lacan însă, accentuează funcţia parentală ca fiind detaşată de persoană. Acceptarea autorităţii parentale este esenţială pentru reglarea ordinii sociale din interiorul familiei. „Legea tatălui" nu coincide sub nici o formă cu tatăl real, este o funcţie simbolică. Este posibil, în realitate, ca un tată biologic să aibă o astfel de prezenţă în familie, încât tatăl simbolic să fie de fapt absent. Potrivit lui Lacan (*apud* Schokker şi Schokker, 2000), corupţia puterii reprezintă negarea funcţiei simbolice. Se confundă persoana cu rolul pe care-l joacă. Din momentul în care o persoană începe să creadă că putere rolului este puterea sa personală, ea nu-şi mai poate îndeplini sarcina în mod corespunzător, deoarece persoana şi funcţia sunt unul şi acelaşi lucru, lipsind distanţarea necesară şi reflecţia. Acesta pare a fi şi cazul figurilor politice care nu-şi privesc poziţia ca pe un mandat dat de societate, ci ca pe un merit şi un drept personal. Acelaşi lucru este valabil şi pentru bărbaţii şi femeile violente care nu-şi pot controla impulsurile agresive. În familiile şi în relaţiile în care există prea mult haos şi lipsesc graniţele clare, este importantă implementarea funcţiei legii tatălui, în sens lacanian, prin a determina persoanele să delimiteze graniţe şi să-şi asume responsabilităţi, prin autocontrol, de exemplu prin planul time-out.

Planul time-out se adresează nu atât personalităţii oamenilor, cât funcţiei lor. Este posibil ca ei să fie profund răniţi de o altă persoană, dar în poziţia lor de partener sau părinte să trebuiască să-şi păstreze autocontrolul. De fapt, planul time-out detaşează

funcţia de persoană. Eşecul acestei detaşări va atrage adesea necesitatea intervenţiei poliţiei pentru a restaura funcţia şi a oferi protecţie. În interiorul acestei structuri este posibilă declanşarea reflecţiei, iar acesta este un pas esenţial spre o schimbare fundamentală.

Lawick (Lawick şi Groen, 1998) relatează un alt caz pentru a exemplifica cele spuse mai sus.

O izbucnire a violenţei este întotdeauna precedată de o fază de creştere treptată a tensiunii. Părţile implicate nu sunt de fiecare dată conştiente de această fază. Uneori, furia pare să fi apărut din senin.

Ricardo ajunge acasă şi-şi găseşte soţia Angela cărând o scară grea. Se întinde spre ea, îi smulge brutal scara, făcând-o să cadă pe spate şi să se lovească la cap. Ricardo o numeşte târfă mizerabilă şi o loveşte cu piciorul.

La prima vedere nimic nu a precedat această izbucnire. Pe măsură ce terapeutul descoperă această scenă împreună cu Ricardo şi Angela, sunt dezvăluite următoarele elemente. Angela şi Ricardo au o relaţie de cinci ani. Ambii sunt de origine din Antile. După pierderea unei sarcini, Angela este din nou însărcinată. Au multe conflicte şi acestea încep de obicei de la criticile aduse de ea soţului. El nu câştigă suficient, bea prea mult, joacă jocuri de noroc, este gelos şi face sex foarte rar. Ricardo o vede pe Angela ca pe dragostea vieţii lui şi va face orice să o păstreze. Este gelos din fire şi se teme că ea este infidelă. Lucrează în construcţii, termină lucrul la ora 16 şi frecventează barul în mod regulat în drum spre casă, petrecând acolo prea mult timp şi bând foarte mult. Dacă cheltuie prea mult pe băutură, vrea să-i câştige înapoi jucând jocuri mecanice şi, ca atare, pierde şi mai mulţi bani. Asta se întâmplase şi în acea după-amiază.

În drum spre casă Ricardo se simte vinovat. A întârziat. Parcă o aude pe Angela vorbind: „ Nu eşti bun de nimic, bei toţi banii pe care-i câştigi, cum poţi fi tată, ce exemplu poţi să dai, mi-ar fi mai bine singură...” El chiar începe să se apere: „ Nimic din ceea ce fac nu este destul de bun pentru tine, muncesc, nu-i aşa, tocmai ţi-am luat perechea nouă de ciorapi pe care ai vrut-o. Ar trebui să munceşti şi tu mai mult, tu eşti cea leneşă...” Treptat, el se autoconvinge că are dreptate şi că soţia sa nu are dreptul să

se enerveze aşa. Îl umileşte în faţa vecinilor. Cu siguranţă îl va părăsi ca să se poată culca cu vecinul acela care locuieşte la câteva case mai încolo. Nu o să mai tolereze situaţia...” Din cauza acestor monologuri interioare Ricardo devine tot mai neliniştit şi mai tensionat.

Angela este acasă şi îl aşteaptă pe Ricardo. El întârzie. Sora şi mama ei ar trebui să vină în vizită în acea seară şi ei trebuiau să pună perdelele noi pentru această ocazie. Angela devine tot mai agitată. „Ticălosul întârzie din nou, sigur cheltuie toţi banii pe băutură şi jocuri. E complet inutil. Uită de mine şi chiar de copil. Nu are grijă de noi. Mama are dreptate; bărbaţii sunt toţi nişte rataţi, care nu aduc decât necazuri. Trebuie să fac totul singură, din nou.”

Când soţul ajunge acasă o vede târând scara şi lucrurile scapă de sub control. El îşi dă seama subit că promisese să atârne perdelele noi înainte de sosirea mamei şi a surorii soţiei sale. Uitase cu desăvârşire. „Face asta doar ca să-mi arate că sunt un ratat”, gândeşte el. „Vrea să le arate mamei şi surorii ei că se poate descurca singură şi că bărbaţii sunt într-adevăr inutili, aşa cum spune mereu maică-sa.” Aceste interpretări şi tensiunea deja creată în drum spre casă alcătuiesc rampa atacului asupra Angelei, care, în definitiv, l-a umilit şi l-a făcut să se simtă prost. Îi smulge scara din mâini, cauzându-i căderea. Frica din ochii ei şi ţipetele l-au înfuriat şi mai tare, îi spune târfă mizerabilă şi o loveşte cu piciorul. Angela este surprinsă şi înfricoşată de brutalitatea atacului şi se închide în sine.

Cu ajutorul planului time-out asemenea incidente pot fi în mare măsură destrămate. Pas cu pas, este analizată posibilitatea evitării escaladării tensiunii şi a momentului în care evitarea violenţei nu mai este posibil.

A învăţa să observi indiciile fizice face posibilă conştientizarea creşterii în intensitate a furiei. În cazul lui Ricardo aceasta a început de-a lungul zilei, pe şantier, unde şeful lui l-a atenţionat datorită faptului că nu a fost suficient de rapid în înlocuirea unui geam. Pleacă nervos şi vrea să se relaxeze la o bere înainte de a merge acasă. În bar îşi alimentează mai mult tensiunea când îşi dă seama că a întârziat, a băut prea mult şi a irosit prea mulţi bani. Simte că a eşuat în rolul său de cap al familiei, protector şi viitor tată. Îşi transferă ruşinea şi vina pentru greşelile proprii în furie împotriva soţiei, care-l

face întotdeauna să se simtă prost. Această furie şi violenţă îl determină să facă mai departe greşeli în rolul de partener. Planul time-out îl poate învăţa să se calmeze înainte de a intra în casă. Prin trecerea prin faţa barului fără a intra sau prin plecarea de acolo mai devreme, sau ar putea merge la o plimbare şi suna acasă din timp să spună că întârzie. În următoarea etapă este utilă analiza originii acestui comportament adictiv şi a modului de abordare.

În cazul Angelei, cel mai important aspect se leagă de siguranţa ei. Cum poate să-şi asume responsabilitatea pentru propria siguranţă? Angela ar fi putut simţi creşterea încordării şi a ritmului cardiac atunci când Ricardo a venit târziu. Ar fi putut să le cheme pe mama şi pe sora ei să vină mai devreme şi să o ajute sau ar fi putut să lase un bilet şi să plece ea la ele. Trecerea în revistă în mod repetat a acestor incidente îi ajută pe clienţi să-şi perfecţioneze planul time-out-ului. Este o provocare pentru clienţi să practice autocontrolul ca pe un semn de tărie şi bunăvoinţă.

Planul time-out oferă o graniţă clară prin care se dă o şansă stabilităţii, astfel încât să nu domnească haosul. În termeni lacanieni (Schokker şi Schokker, 2000), din relaţiile violente lipseşte ordinea simbolică, iar acest plan contribuie la remedierea acestui lucru. Este important să nu se confunde această ordine simbolică cu funcţiile determinate de socializare. Multe studii despre socializarea bărbaţilor în societăţile patriarhale arată că bărbaţii îşi privesc soţiile ca pe proprietăţi, că ei cred că este dreptul lor să fie îngrijiţi de acestea, inclusiv în privinţa sexului, că îşi pot controla şi pedepsi soţiile dacă nu se ridică la nivelul aşteptărilor. Aceste aşteptări sunt cele care legitimează violenţa în cadrul relaţiilor (Bancroft şi Silverman, 2002). Referitor la acest subiect este interesant de citit studiul lui Gilmore, un antropolog care a studiat sensurile cuvântului „bărbăţie” în culturile occidentale şi non-occidentale (Gilmore, 1994). El a concluzionat că în aproape toate culturile masculinitatea este un statut ce trebuie câştigat prin demonstrarea anumitor abilităţi. În toată lumea aceste abilităţi pot fi integrate în trei categorii: 1. Un bărbat trebuie să fie potent sexual şi să producă urmaşi, 2. Un bărbat trebuie să fie capabil să-şi întreţină familia, 3. Un bărbat trebuie să-i protejeze pe cei care şi-au pus încrederea în el. Există o corelaţie între contextul social şi exigenţa acestor aşteptări din partea bărbaţilor. Cu cât condiţiile sunt mai grele, datorită lipsei resurselor sau a izbucnirii războaielor, cu atât pretenţiile asupra bărbaţilor sunt mai dure. În societatea occidentală, aceste pretenţii

de la un „adevărat bărbat” pot fi mai flexibile şi există loc pentru diferenţe individuale. Dar aceste pretenţii fac parte şi ele dintr-un sistem al aşteptărilor feminine şi masculine. În cazul menţionat Ricardo simţea că a eşuat, că nu reuşeşte să-şi întreţină familia şi că nu-şi protejează suficient de bine soţia şi viitorul copil. Soţia şi familia îl abordează referitor la aceste roluri. Eliberarea femeilor şi emanciparea tinerilor au făcut ca diverse variaţii ale vieţii de familie să fie funcţionale, dintre acestea egalitatea fiind nota principală. Totuşi, dacă acest lucru este făcut fără a ţine cont de regulile şi ritualurile sociale care fac posibilă convieţuirea, se va crea haos. Violenţa este unul dintre simptomele pe care haosul le generează. În intimitatea familiei, un plan de time-out poate fi aplicat ca o reglementare socială şi ca un ritual care structurează traiul în comun. În cadrul acestei structuri este posibilă angajarea într-un tratament psihoterapeutic.

4.1.4. Importanţa calmării

Un alt aspect important al planului time-out-ului este acela de a-i învăţa pe clienţi să se calmeze pe ei înşişi şi pe ceilalţi înainte ca lucrurile să scape de sub control. Gottman (1999) consideră acest lucru ca fiind una dintre cele mai importante calităţi ale succesului unei relaţii maritale. Această calitate poate fi inclusă în ceea ce el denumeşte „acţiuni reparatorii”. Gottman a desfăşurat cercetări asupra relaţiilor maritale de-a lungul a mai bine de 25 de ani. Şi cuplurile fericite au conflicte, de obicei în legătură cu aceleaşi subiecte de fiecare dată. Însă cuplurile fericite au un succes mai mare în a repara decât celelalte cupluri. Repararea poate consta în acţiuni verbale sau non-verbale, cum ar fi reglarea tonului şi alegerea unor cuvinte potrivite (mesaje de tip asertiv), scuzele, consolarea, atingerea, mângâierea sau auto-calmare prin părăsirea camerei, înainte de izbucnirea conflictului.

Restabilirea contactului după părăsirea camerei creşte şansa de succes a împăcării. Este semnificativ că, în urma cercetărilor asupra dezvoltării patternurilor dezvoltării ataşamentului dintre părinte şi copil, s-a fundamentat importanţa acţiunilor reparatorii în urma neînţelegerilor sau conflictelor (Siegel, 2001).

Un plus de siguranţă în cazul planului time-out-lui este cererea terapeutului de a fi sunat acasă atunci când situaţia scapă de sub control. Cuplul face o programare prealabilă în timpul căreia psihoterapeutul poate analiza în linişte de ce time-out-ul nu a funcţionat.

Lawick (1998) menţionează că, de câteva ori, bărbaţii violenţi cu care lucra erau pe punctul de a izbucni, când şi-au amintit brusc de rugămintea de a o suna. Acest gând i-a făcut să se autocontroleze.

Se pare că vocea unui terapeut este necesară uneori pentru a duce la bun sfârşit o acţiune de calmare. În raportul unui workshop susţinut de Andersen (*apud* Delpeut, 2002) este oferit un bun exemplu care să ilustreze acest lucru. În timpul unei ședințe de psihoterapie, un client bărbat foarte violent începe să lovească puternic în birou cu pumnii. Andersen îl întreabă ce ar avea pumnul de spus. Pumnul vrea să-l stopeze pe celălalt de la un anumit comportament. Andersen numeşte această voce „ glasul părţii furioase a bărbatului" şi cere să audă „glasul părţii calme a bărbatului". Îl invită pe client ca în confruntările viitoare să asculte „glasul părţii calme". Bărbatul reuşeşte să se controleze mai bine, dar leagă comportamentul lui schimbător de vocea terapeutului, care a continuat să-i răsune în urechi. Andersen joacă temporar rolul unei figuri parentale sigure, care îl ajută să se calmeze. Doar atunci figura parentală poate fi interiorizată şi se poate crea o voce internă proprie. Capacitatea de auto-calmare devine parte a sinelui.

4.1.5. Procese neurologice

Prin analiza completă a percepţiei fizice care este legată de creşterea tensiunii, un client poate fi învăţat să spargă acumularea tensiunii, înainte ca părţi primitive ale creierului să fie stimulate (paleocortex). Acumularea tensiunii se soldează cu o invazie emoţională care cuprinde în totalitate creierul (un fel de epilepsie emoţională) şi de aceea tiparele rigide ale gândirii preiau controlul. Cu aceste tipare nu mai este posibilă rezolvarea conflictelor, decât dacă o acţiune calmantă determină apariţia fenomenului de amânare a reacţiei motorii prin activarea funcţiilor executive de la nivelul cortexului prefrontal (neocortex). Până la finele secolului trecut, a dominat determinismul biologic în privinţa creierului: creierul era privit ca o entitate statică, programat ereditar, în mare parte dezvoltat în copilărie şi care determină tot restul vieţii unei persoane. Se pare, însă, că encefalul se dezvoltă permanent. Kandel (Kandel şi Schwarts, 1992; Kandel, 1998) a câştigat Premiul Nobel în anul 2000 pentru cercetarea sa în domeniul materialului genetic. El a ajuns la concluzia că acesta se modifică permanent. Se pare că există o funcţie de stocare a materialului genetic, care este responsabilă de dezvoltarea neuronilor

şi care creează primele conexiuni dintre neuroni. Această funcţie de stocare nu este dependentă de mediu şi este puternic predispusă genetic. Conexiunile sinaptice, însă, pot fi modificate permanent prin reglarea expresiei genetice, aflate sub influenţa efectelor mediului. Aceste efecte par adesea mai puternice decât conexiunea iniţială.

Comportamentul violent pare a fi mai degrabă efectul unor experienţe interactive în circuitele neuronale, decât al unei gene a agresivităţii. Sub influenţa stresului, conexiunile neuronale par să se activeze sau să slăbească prin procesele învăţării şi prin reflecţie. Planul time-out ajută clienţii să scadă curba tensiunii, creând spaţiu pentru dezvoltarea unor conexiuni neuronale ce pot influenţa pozitiv comportamentul. Capacitatea de reflecţie asupra propriului comportament al celor din jur este esenţială în acest context.

4.1.6. Reflecţie, mentalizare şi auto-funcţionarea reflexivă

Punctul de plecare a dezvoltării acestei abilităţi este dezvoltarea psihicului fiinţei umane, la intersecţia dintre relaţiile interumane şi structura în desfăşurare a creierului. Un copil se naşte cu un anumit program genetic de a se ataşa de cei care-l îngrijesc, numite figuri de ataşament; creierul este destinat, ca să spunem aşa, pentru a se conecta cu alte creiere.

În interacţiunea cu aceste figuri ale ataşamentului, un copil dezvoltă pattern-uri elementare pentru asocierea cu ceilalţi, aşa numitele modele de lucru. Aceste paternuri de ataşament pot fi determinate cu Interviul Ataşamentului la Adult (George, Kaplan şi Main, 1996). Ainswoth, printre alţii (1978), a cercetat aceste patternuri la copii, punându-i în situaţii în care erau părăsiţi de părinţi pentru o perioadă scurtă, testul „situaţiei stranii”. Pot fi recunoscute câteva patternuri. 60% dintre copii par a fi ataşaţi în siguranţă, iar 40% , nu. 15% dintre aceştia dezvoltă un patern de evitare şi retragere în ei înşişi, 15% dintre copii devin preocupaţi de atenţia parentală, nu pot sta singuri şi caută permanent atenţia părinţilor, 10% au un pattern dezorganizat şi, ca atare, o modalitate agresivă, imprevizibilă de răspuns. Cum se dezvoltă aceste patternuri? Principalul punct în acest proces este cooperarea dintre părinte şi copil; este vorba de împărtăşirea emoţiilor în cadrul unei relaţii optim reglate. În cadrul acestei cooperări, părintele încearcă să dea o semnificaţie semnelor bebeluşului, iar acesta învaţă să se adapteze comportamentului

părintelui. Stern (1985) descrie acest fenomen ca „acordare/armonizare”. Comunicarea cu figurile ataşamentului este crucială pentru formarea unei imagini de sine pozitive. În cadrul acestei comunicări copilul învaţă să acorde semnificaţie propriilor emoţii şi să se auto-regleze. Focalizarea pe sine ca pe un sine aflat în armonie cu un altul stă la baza abilităţii de a se simţi conectat cu ceilalţi şi de a nutri sentimente faţă de aceştia.

În corelaţie cu acest proces, se dezvoltă circuitele de bază ale creierului, care sunt conectate cu procesele mentale vitale: capacitatea de comunicare interpersonală, generarea şi reglarea emoţiilor, formarea unei imagini de sine autobiografice şi construirea unui „sine narativ”, capacitatea de a detecta şi înţelege starea psihică a celorlalţi şi dezvoltarea abilităţii de a se comporta într-un mod reflectiv, respectuos şi moral.

Capacitatea de a se privi pe sine şi pe ceilalţi ca pe fiinţe umane, al căror comportament este condus de sentimente, dorinţe şi cogniţii, se dezvoltă în cadrul unei relaţii sănătoase de ataşament faţă de o figură parentală. Aceasta poate fi mama sau tatăl, dar poate fi şi o altă persoană adultă implicată. Capacitatea de reflecţie asupra tribulaţiilor interioare şi exterioare îşi începe dezvoltarea în primele luni după naştere, în cadrul interacţiunii afective foarte subtile dintre copil şi cel care are grijă de el. Un copil de opt luni poarte deja simţi starea emoţională a părintelui şi se poate adapta la ea. Copilul este un participant activ în procesul formării ataşamentului. Atunci când mentalizarea se dezvoltă normal, un copil de şase ani este capabil să se gândească la ceea ce altcineva crede despre gândurile unei a treia persoane. Un copil de şase ani poate, de asemenea, să se gândească la ceea ce altcineva crede despre ceea ce gândeşte el. Dacă această dezvoltare continuă, un copil de doisprezece ani va dispune de o realitate psihică internă şi de conştientizarea subiectivităţii. Un asemenea copil este conştient de existenţa punctelor de vedere, a sentimentelor şi dorinţelor diferite.

Modelele de lucru interne dezvoltate au un mare impact asupra vieţii ulterioare. De exemplu: dacă un bebeluş de şase luni râde când tatăl său îl aruncă în aer şi-i spune „parcă zbori prin aer”, iar când copilul plânge, pentru că tatăl, în entuziasmul lui, îl aruncă prea sus şi prea brusc în aer, el ar putea spune: „o, a fost necugetat din partea mea, a fost prea sus, te-ai speriat, vino în braţele mele”. Un tată care a fost el însuşi umilit, ruşinat şi criticat adesea de propriul tată, ar da o altă interpretare acestei scene:

„plângăciosule, nu fi aşa fricos, te prind, nu trebuie să plângi, doar nu crezi că te las să cazi”. Dacă mama, în schimb, reacţionează panicată, smulge copilul din braţele tatălui şi îl priveşte furioasă, tatăl poate striga: „iarăşi fac totul greşit, tu ştii ce e mai bine pentru odor, dar îţi spun, o să-l transformi într-un fricos, trebuie călit un pic”.

În acest fel copilul mic este confruntat cu o susccesiune greu de înţeles de amuzament, durere datorită mâinilor dure ale tatălui, frică de vocea lui furioasă, mânie şi panică din partea mamei şi apoi tensiunea şi strigătele dintre părinţi. Astfel, experienţe de amuzament, stare de bine şi armonie sunt amestecate cu experienţe de teamă, durere, confuzie şi panică. Dacă un copil mic, în primul său an de viaţă, este confruntat în mod regulat de către părinţi cu asemenea reacţii emoţionale imprevizibile, înfricoşătoare şi schimbătoare, nu va învăţa să-şi integreze şi regleze propriile reacţii emoţionale. Mentalizarea nu va fi pusă în mişcare. De ce este acest lucru important şi ce legătură are cu problema violenţei? Mentalizarea este legată de conştiinţa de sine, conştiinţa morală şi socială şi de reglarea afectelor şi impulsurilor. Prin conştientizarea propriei realităţi psihice şi a celor din jur, poate fi posibilă apariţia sentimentelor faţă de alţii, fără a pierde propria autonomie. Mentalizarea pare să extindă adaptabilitatea copiilor şi adulţilor. Experienţelor şocante li se poate face faţă mai bine.

Bineînţeles că fiecare copil experimentează situaţii în care figurile parentale nu sunt armonizate cu nevoile sale. Faza reparatorie este importantă pentru restabilirea contactului. În exemplul mai sus menţionat, tatăl ar fi putut să-i spună soţiei: „Îmi pare rău, am întrecut măsura, m-am amuzat atât de mult aruncându-l în aer, încât n-am fost atent” sau mama ar fi putut spune: „V-am văzut pe amândoi distrându-vă atât de bine, dar când am auzit plânsete am crezut că l-ai scăpat, mă sperii uşor, îmi pare rău.” Părinţii se pot îmbrăţişa şi pot îmbrăţişa împreună copilul. Contactul este restabilit. Copiii mici se pot şi ei adapta părinţilor şi pot învăţa cum să se reconecteze după ce lucrurile scapă de sub control. În acest proces de căutare şi găsire a celuilalt, de adăugare de noi semnificaţii, de neînţelegere şi regăsire, se va naşte un pattern al ataşamentului. Calitatea relaţiei copil-părinte devine parte a memoriei implicite. Un individ care a fost recunoscut şi tratat ca o fiinţă umană de preţ îşi formează o imagine de sine corespunzătoare acestui profil. Un copil care este făcut să simtă că este o povară, o fiinţă de neînţeles şi de neconsolat, chiar rea, îşi formează o imagine de sine a unei persoane fără speranţă,

aducătoare de necazuri şi fără valoare.

Capacitatea de reflecţie care s-a format în primii ani ai copilăriei prin procese de învăţare în interacţiune cu figurile parentale pare să ofere o puternică protecţie împotriva experienţelor şocante prin creşterea elasticităţii mentale.

Să ne întoarcem la adulţii violenţi. Pare un bun punct de plecare ipoteza că aceste persoane nu au învăţat să reflecteze, să se auto-regleze şi să se auto-calmeze. Van Gael (2002) oferă o descriere detaliată a modului în care ne putem imagina acest proces. Dacă un copil mic se confruntă cu abuzul şi neglijenţa, dezvoltarea abilităţii de mentalizare este stopată. Copilul nu se poate accepta pe sine cu lumea sa interioară şi cu cea a părinţilor. Imaginea oferită de adulţi este atât de ostilă, ameninţătoare şi distructivă, încât copilului îi este imposibil să o adauge la imaginea de sine pe care o creează. Personele crude, ostile şi imprevizibile trebuie ţinute în afara imaginii de sine. Copilul se protejează prin a nu conştientiza starea mentală malefică a celuilalt şi prin a nu se gândi la asta. Copilul se rupe de reprezentarea mentală a celuilalt în interiorul său. Nu se poate crea capacitatea empatică şi de reflecţie în aceste condiţii. Empatia, armonia şi simpatizarea cu ceilalţi pot fi privite ca precursori ai capacităţii de reflecţie. Când aceste persoane se maturizează, sunt incapabile de a-l vedea pe celălalt, în relaţiile intime, ca pe o persoană care are gânduri, sentimente şi dorinţe. Îşi iau ca punct de referinţă propriile imagini mentale ale celuilalt şi aceste imagini sunt adesea rigide. Imaginea celuilalt este ostilă şi trăită ca reală. Nu s-a dezvoltat o conştiinţă definită a efectului pe care propriul lor comportament îl are asupra percepţiei şi comportamentului celuilalt. Acest lucru poate avea drept rezultat un comportament crud şi nemilos. Capacitatea de identificare cu celălalt nu a fost dezvoltată; ca atare, nu apare nici empatia. Fonagy, Moran şi Target (1993) o denumesc „agresivitate negândită”. Concentrarea asupra corpului şi a violenţei fizice este de asemenea un semn al lipsei mentalizării: gândurile, sentimentele şi dorinţele nu sunt privite ca stări mentale, ci sunt transformate direct în acte fizice. Este o lipsă a reprezentării simbolice, care transformă orice stare emoţională în strategii ghidate de acţiuni fizice, care preced capacitatea de mentalizare.

Dat fiind faptul că nu există o corelaţie între starea mentală şi comportamentul corespunzător acesteia, iar comportamentul nu este privit ca fiind condus de o stare mentală, acesta este repudiat, persoana respectivă nu-şi asumă nici o responsabilitate.

Acest fapt exclude orice înfrânare a comportamentului violent, care există în mod normal la indivizii cu o mentalizare eficientă. Deoarece imaginile nu au calitatea de „nereale”, imaginea celuilalt e percepută ca reală, o stare mentală nu poate fi diferenţiată de realitate. Lipsa reprezentărilor mentale interne este cauza sentimentului de deşertăciune şi izolare emoţională. Gomperts (2000) crede că există o legătură directă între comportamentul distructiv al adolescenţilor şi capacitatea de mentalizare nedezvoltată sau afectată. Într-o cercetare a lui Levinson şi Fonagy (1998) despre funcţia de reflecţie a tinerilor delincvenţi, cu pacienţi de la secţia de psihiatrie şi un grup de control, ei au concluzionat că atât delincvenţii, cât şi pacienţii de la psihiatrie au o funcţie reflectivă slab dezvoltată. În cazul grupului de delincvenţi această funcţie era chiar mai puţin dezvoltată decât a grupului pacienţilor. Cu cât crima era mai violentă, cu atât mai slabă era funcţia de reflecţie. Comportamentul acestor persoane era cel mai adesea dictat de impulsuri din regiuni mai vechi ale creierului şi nu de stările complexe de reflecţie şi auto-organizare, care presupun cooperarea dintre cele două emisfere ale creierului. Patternurile de răspuns nu se dezvoltă ca patternuri flexibile, ci rigide. Emoţiile cresc rapid, imaginile ostile preiau controlul şi acţiunile reflective devin imposibile. O minimă provocare poate determina o reacţie emoţională exagerată, în care frământarea, teama, panica, puternice sentimente de ruşine şi umilinţă preiau controlul. Într-o asemenea stare individul poate regresa la furia şi agresivitatea infantile, la comportamentul intimidant şi violent. Am detectat acest fapt în exemplul comportamentului lui Ricardo.

Este important a se cerceta dacă teoriile ataşamentului şi mentalizării pot fi folosite ca instrumente în extinderea ariei posibilităţilor terapeutice.

4.1.7. Posibilităţi de tratament

Sunt toate problemele violenţei relaţionale tratabile prin intermediul psihoterapiei şi, în special, prin psihoterapia sistemică? În opinia lui Justine van Lawick sunt puţini bărbaţi cărora le place să lovească, se bucură şi se simt mai puternici în felul acesta. Un pattern mai comun este cel al unui bărbat ruşinat de comportamentul lui, care se simte lipsit de putere şi care transferă bucuros partenerei orice responsabilitate pentru comportamentul său. Acelaşi lucru este valabil şi pentru mamele care-şi lovesc copiii. Adesea se simt împovărate de vină, ruşinate şi fără putere şi dau vina pentru

comportamentul lor pe obrăzniciile copilului, în loc să-ţi asume reacţiile agresive.

Jacobsen şi Gottman (1998) disting două tipuri de bărbaţi violenţi în lucrările lor. Tipul 1 se manifestă în cursul evoluţiei conflictului cu ieşiri violente: un ritm cardiac scăzut, o cantitate scăzută de adrenalină, preferă utilizarea cuţitelor şi a altor arme şi nu a pumnilor, se comportă violent faţă de soţie şi de prieteni, pe stradă, faţă de alţi membri ai familiei şi colegi, iar în cadrul conflictelor are un comportament intimidant, umilitor şi ameninţător încă de la început. Tipul 2 manifestă un ritm cardiac crescut, o producţie mare de adrenalină în timpul conflictului, preferă să-şi folosească pumnii, nu este violent în afara relaţiei şi se înfurie mai greu. Tipul 1 stimulează comportamentul independent al soţiei şi este înfuriat de tendinţele de control din partea acesteia, în timp ce tipul 2, dimpotrivă, vrea să-şi izoleze şi să fie proprietarul soţiei, este gelos şi suspicios din fire şi are o profundă teamă de abandon. În lunga lor experienţă clinică, bărbaţii de tipul 1 se schimbă puţin sau deloc prin psihoterapie. Diagnosticul psihiatric în acest caz este cunoscut sub denumirea de psihopatie. Putem presupune că aceşti bărbaţi nu au cunoscut o relaţie de ataşament intimă şi sigură, în care şi-ar fi putut dezvolta capacitatea reflectivă. Capacitatea înnăscută nu a fost suficient stimulată şi dezvoltată. Reţelele neuronale pot dispărea, pe principiul „ceea ce nu e folosit se pierde”. Pare totuşi posibilă stimularea şi dezvoltarea acestei funcţii şi mai târziu în viaţă, în cazul în care creierul nu este afectat de malformaţii congenitale, de un accident sau de substanţe toxice. Este posibil să fie un defect din naştere. Există referiri la acest fapt?

Dat fiind faptul că aceşti bărbaţi sunt foarte periculoşi şi impulsivi, că nu-şi asumă nici o responsabilitate şi nu cunosc ruşinea, încercarea de a crea un ambient potrivit într-un spaţiu ambulator pentru tratament nu va avea succes, aceşti bărbaţi nevrând să se angajeze într-o relaţie funcţională cu terapeutul. Un mediu juridic, medico-legal, este un imperativ în aceste cazuri. În raportul lui Janssen (2002) referitor la tendinţe în psihiatria medico-legală este detaliat cum securitatea şi controlul pot crea un mediu pentru un tratament mai radical al acestui grup de clienţi.

Desigur, aceasta este o formă destul de dură de clasificare. Chiar şi aşa, distincţia dintre tipul 1 şi 2 ajută terapeutul în decizia de a nu începe tratamentul, ci de a recomanda cazul unui mediu medico-legal, juridic. Criteriile cele mai importante sunt acelea că nu se poate crea o relaţie terapeutică, bărbaţii nu-şi asumă responsabilităţi, nu vor să coopereze

la planul de time-out şi nu simt ruşine. Dacă psihoterapeutul îi confruntă în legătură cu lipsa de responsabilitate, îşi îndreaptă comportamentul intimidant asupra lui.

Cu grupul de bărbaţi clasificaţi în tipul 2 este posibilă începerea unui tratament ambulator, chiar dacă violenţa relaţională fizică şi psihică poate fi, uneori, severă. În acest grup există şi o mare varietate, iar cercetarea şi identificarea problemelor unice ale fiecărui caz este importantă. Totuşi, există asemănări între aceşti bărbaţi. Prezenţa parţială a sentimentului ruşinii şi frica de abandon indică o urmă de mentalizare, dar această capacitate a fost probabil afectată în cadrul provocărilor relaţionale. Se pare că în cazul acestor bărbaţi impulsurile, adică părţile mai primitive ale creierului, au controlul în situaţii interactive. Dutton (Dutton, Golant şi Pijnaker, 2000) a studiat istoricul psihologic al acestor bărbaţi şi a găsit unele caracteristici repetitive. Aceştia au avut, în majoritate, taţi care i-au criticat şi umilit în copilărie. Adesea au dezvoltat patternul unui ataşament dezorganizat faţă de mamă, deoarece mama era atât far al securităţii, cât şi al fricii, în special dacă ea însăşi – cu fiul ca martor – era abuzată de tată. Aceşti bărbaţi au fost ei înşişi adesea abuzaţi de către taţii lor. Faptul că au fost martori la violenţa între părinţi îi afectează pe copii şi împiedică dezvoltarea funcţiei de reflecţie şi acest lucru a fost detaliat de câţiva autori (Dijkstra, 2000).

4.1.8. Funcţia reflexivă şi întrebările circulare

Psihoterapia este una dintre căile ce pot conduce spre dezvoltarea unei capacităţi de mentalizare inhibate sau stopate. În publicaţiile psihanalitice accentul cade pe crearea unei relaţii sigure de transfer între client şi terapeut, în care clientul devine conştient atât de procesele mentale interne, cât şi de lumea interioară a terapeutului. În cadrul terapiei sistemice această capacitate este stimulată şi dezvoltată prin alte metode. Metoda interviului circular a fost creată datorită faptului că terapeuţii sistemici sunt interesaţi de relaţii, de modul în care aceste relaţii sunt prezentate în mintea indivizilor şi de maniera în care acest lucru le influenţează şi direcţionează comportamentul. Întrebările au fost formulate pentru a genera informaţii despre relaţii şi reprezentarea relaţiilor. Karl Tomm (1987, 1988) a formulat un program al întrebărilor circulare, în care întrebările reflective ocupă un loc important. Fonagy şi colegii săi (Fonagy şi Target, 1997) au creat o scală ce este aplicată unor părţi din interviul ataşamentului adulţilor, creat de Mary Main (George,

Kaplan, Main, 1996). Această scală pare demnă de încredere şi corelaţia cu genul ataşamentului este ridicată (75%). Cu alte cuvinte: funcţia reflexivă poate anticipa destul de corect curba ataşamentului. O funcţie reflexivă ridicată este corelată cu ataşament securizant. Abilitatea de mentalizare măsurată pare a nu depinde şcolarizare, statutul socio-economic şi inteligenţa verbală. Întrebările utilizate de cercetători pentru a măsura această funcţie sunt aproape fără excepţie întrebări circulare. De exemplu, la finalul unui interviu persoana este întrebată: „Dacă ai avea un copil în vârstă de un an, ce ai simţi dacă ar trebui să-l părăseşti?" sau „Crezi că ai fi îngrijorat în legătură cu copilul tău?" sau „Dacă ţi s-ar îndeplini trei dorinţe pentru copilul tău, în următorii douăzeci de ani, ce ţi-ai dori?". Acestea sunt întrebări pe care le cunoaştem foarte bine ca fiind îndreptate spre viitor, ipotetice, reflexivă şi circulare.

Fonagy susţine că esenţa mentalizării constă în conştientizarea de către individ a propriilor sentimente, gânduri, motivaţii şi dorinţe, dar şi în conştientizarea sentimentelor, gândurilor, motivaţiilor şi dorinţelor celorlalţi. Exact aceasta este funcţia evocată şi stimulată de interviul circular. Putem privi întrebările circulare ca pe un mod eficient de a stimula capacitatea reflexivă într-o manieră non-acuzatoare, de acceptare şi atrăgătoare. Deoarece în terapia sistemică partenerii sau părinţii şi copiii, posibil şi alte persoane semnificative sunt implicaţi în interviu, capacitatea de mentalizare a tuturor este stimulată şi probabil extinsă, ceea ce poate modifica interacţiunile din afara mediului terapeutic. În fond, prin întrebări circulare se face un schimb de informaţii despre lumea interioară a tuturor celor implicaţi, despre gândurile, sentimentele, dorinţele şi motivele lor, dar şi despre părerile lor asupra cogniţiilor, sentimentelor şi dorinţelor celorlalţi, precum şi ale terţilor despre relaţiile celorlalţi cu ei. Aceste informaţii sunt disponibile tuturor celor prezenţi şi prin aceasta devin mai conştienţi de propria lume interioară, dar şi de a celor de lângă ei. Exact asta înseamnă mentalizare. Aşa cum în terapia individuală mentalizarea este pusă în mişcare de re-crearea constantă a relaţiei terapeutice atunci şi acolo, în terapia familială este vorba de o continuă invitaţie la dialog între toate lumile interioare prezente.

Un accent deosebit este pus pe vocile interioare încă neauzite. Într-o familie în care tatăl îşi agresează fizic fiul, i se poate pune această întrebare: „Cum v-ar plăcea să rămâneţi în amintirea fiului dumneavostră?". Această întrebare îl invită pe tată să

reflecteze la comportamentul său actual, la cel dorit, la viitorul comportament al fiului, viaţa fiului său, relaţia lor actuală şi viitoare. Şi mamei i se poate adresa o întrebare asemănătoare: „Cum credeţi că i-ar plăcea soţului ca fiul să-şi amintească de el ca tată?” Acestea par întrebări complicate, dar experienţa arată că întotdeauna sunt urmate de un răspuns. Adesea el sună aşa: „Cineva pe care se poate baza, care-l susţine, care-l ghidează”. Explorarea frământărilor curente ale tatălui referitoare la imaginea paternă pe care el şi-ar dori ca fiul să o aibă, în linişte, pare să producă o schimbare reală. Un alt exemplu este acela al unei fiice ai cărei părinţi sunt într-o perpetuă ceartă, care a încercat să se sinucidă. O ipoteză ar putea fi că încercarea de a se sinucide a fost o acţiune a fetei având drept scop reunirea părinţilor şi stoparea certurilor interminabile (funcţia homeostatică a simptomului, din perspectivă strategică). La întrebarea: „ Presupunând că ai fi reuşit să te sinucizi, crezi că părinţii tăi s-ar fi certat mai mult sau mai puţin?”, răspunsul ei surprinzător a fost că părinţii ei probabil ar fi sfârşit prin a se despărţi şi a se elibera, deoarece amândoi au spus că nu se pot despărţi din cauza ei. În următoarea şedinţă, părinţii şocaţi au putut discuta deschis despre eventualitatea unui divorţ, consecinţe, îndoieli şi posibilităţi. Într-o altă şedinţă cu familia, în care un fiu avea tendinţe suicidare, mama a spus: „Fiule, este viaţa ta, trebuie să decizi singur”, la care terapeutul o întreabă pe soră: „Ce crezi că vrea să spună mama ta prin acest mesaj şi cum crezi că va interpreta fratele tău ceea ce a spus mama?”. Sora a declarat că, probabil, fratele ei va gândi că el nu este important, că ar putea la fel de bine să nu existe, dar că nu crede că asta a vrut mama ei să spună. Mama a izbucnit în lacrimi şi a povestit despre încercările de a le oferi copiilor toată libertatea, în urma experienţelor proprii cu părinţi rigizi, opresivi şi autoritari.

Când soţia unui bărbat violent aflate în terapie de cuplu povesteşte cât este de speriată de soţul ei, terapeutul poate întreba: „Vrei să ai o soţie căreia să-i fie frică de tine?”. După ce bărbatul răspunde că, desigur, nu asta îşi doreşte, terapeutul îl poate întreaba: „Să presupunem că tu însuţi ai putea face ceva pentru ca soţiei să-i fie mai puţin frică, ce fel de lucruri ai face sau ai spune, fără a te simţi slab?”.

Există nenumărate exemple de întrebări circulare, reflexive, care pot stimula şi extinde abilitatea de mentalizare a clienţilor. Karl Tomm (1994) a dezvoltat această metodă şi mai mult, prin introducerea unuia dintre parteneri în rol de observator, în

terapia de cuplu. Punctul de plecare este următorul: când oamenii se întâlnesc pentru prima oară, îşi formează o impresie despre sentimentele, experienţele şi gândurile celuilalt. În aceste interpretări, propria personalitate şi istorie – şi modelele funcţionale interne – joacă un rol semnificativ. Aceste interpretări conduc spre o cunoaştere a celeilalte persoane, care nu este testată, ci luată ca un fapt. Comportamentul nostru relaţional este bazat pe aceste adevăruri, create de către noi. Deşi aceste impresii pot fi uneori foarte corecte, vor exista întotdeauna diferenţe faţă de percepţiile partenerului. Prin intervievarea unei persoane în prezenţa partenerului se pot aduce la suprafaţă şi analiza neînţelegerile. Acesta începe cu întrebări simple precum: „Ce a simţit ea în legătură cu venirea aici astăzi?", urmate de întrebări pozitive: „Ce admiră ea la dumneavoastră, ce-i place în mod deosebit?", urmate de întrebări mai sensibile precum: „Ce o supără mai mult, ce o sperie, ce critică la dumneavoastră ca tată?" etc. O condiţie pentru interviul circular, ca şi pentru intervievarea celeilalte persoane implicate este aceea ca toţi cei prezenţi să se simtă în siguranţă în mediul terapeutic. Poate acesta este motivul pentru care psihoterapeuţii sistemici sunt capabili să creeze un mediu pozitiv, deschis şi sigur, în care vocile pot fi auzite, vocile lumii interioare ale celor care fuseseră reduşi la tăcere.

4.1.9. Capacitatea reflexivă şi abordarea narativă

Un alt criteriu pentru măsurarea capacităţii reflexive este construirea unei poveşti coerente despre sine. Unul dintre fondatori, Bateson (1972), susţine că, dacă vrem, cu ajutorul unei teorii putem explica totul. Constructiviştii au reformulat acest punct de vedere prin ipoteza lor că oamenii îşi creează propriile adevăruri, prin intermediul teoriilor la care aderă şi care, în schimb, le direcţionează percepţiile. Gânditorii feminişti şi social-construcţionişti au susţinut că aceste teorii sunt, de asemenea, definite de contextul socio-cultural. Gândirea în naraţiuni, ca un aranjament al realităţii ce direcţionează comportamentul uman, este cunoscută terapeuţilor sistemici. Terapia narativă îşi propune să creeze o poveste coerentă despre realitatea şi istoria clienţilor, care sparge patternurile rigide şi distructive şi creează şi susţine patternuri mai flexibile. Amintirile sunt rememorate într-o poveste despre noi înşine, pe care le-o spunem atât altora, cât şi nouă înşine. Interviul ataşamentului adultului este compus din întrebări

semi-structurate, care invită la reflecţie asupra propriilor amintiri, în special amintiri despre relaţia cu părinţii şi alte figuri ale ataşamentului. În analiza rezultatelor interviului, o atenţie specială este acordată structurii şi coerenţei poveştii. În terapia sistemică, clienţii sunt de asemenea invitaţi să spună povestea relaţiilor lor. Ei transmit propria interpretare a istoriei relaţiei lor, reprezentarea relaţiei în mintea lor şi o aud pe cea a celorlalţi membri ai familiei. Prin scoaterea la lumină a diferitelor reprezentări, poveştile devin flexibile şi oferă mai multe căi de schimbare. Poveştile capătă mai multă coerenţă, deoarece se adaugă şi uneori se corectează informaţii. Cercetările în domeniul ataşamentului au concluzionat că experienţele dureroase au un rol mai puţin determinant în viitoarele relaţii dacă sunt integrate într-o poveste coerentă. Şi în psihoterapie clienţii sunt stimulaţi să formuleze o poveste a istoriei lor, prin care pot face o relatare autobiografică mai coerentă. Acest lucru îi face mai puţin închistaţi în poveştile incoerente şi adesea distructive despre ei înşişi şi experienţele lor de viaţă.

4.1.10. Concluzii

Experienţa clinică a lui Justine van Lawick în acest domeniu arată că practicarea şi învăţarea planului time-out nu ia mult timp, adesea o şedinţă fiind suficientă pentru a obţine primele succese. Acest lucru creşte încrederea şi terapia poate începe. După cum am spus, planului time-out-ului i se acordă întâietate după fiecare incident violent. Nici acest lucru nu trebuie să ia foarte mult timp. Psihoterapia care încearcă să dezvolte abilităţile de mentalizare ale clienţilor prin întrebări circulare şi abordări narative necesită mai mult timp. A învăţa să acordăm acest timp în psihoterapie este foarte important, pentru că efectele pe termen lung sunt mai bune. Aceasta înseamnă adesea întâlniri luni în şir, la început mai frecvente, cam o dată pe săptămână, iar apoi mai rar, numărul total al şedinţelor variind între 40 şi 80. O parte a şedinţelor se desfăşoară cu ambii parteneri, apoi există cele în care sunt incluşi şi copiii, sau doar copiii, şedinţe individuale cu soţia şi mai des cu soţul, care fac parte dintr-o rutină.

Concluzionând, pentru a lucra cu problemele violenţei domestice, este imperativ necesară crearea unei structuri, de exemplu a unui plan de time-out. După care se lucrează la capacitatea de reflecţie a tuturor celor implicaţi şi posibil la dezvoltarea ei. Interviul circular este un instrument puternic în stimularea acestei capacităţi de

mentalizare a clienţilor. Datorită acesteia, clienţii pot învăţa să-şi regleze mai bine emoţiile şi impulsurile, ceea ce le creşte posibilitatea de a-şi crea o imagine de sine pozitivă şi mai coerentă. Aceasta este fundamentală pentru conştientizarea emoţiilor, cogniţiilor şi dorinţelor altora, iar această conştiinţă trează îi ajută să dezvolte o conştiinţă socială şi morală.

4.2. Un model de intervenţie psihoterapică centrată pe afect (ACT)

4.2.1. Introducere

Modelul de faţă reprezintă expresia unei noi etape din profunda revoluţie care a avut loc în psihoterapie, în cadrul căreia afectele ocupă locul lor de cinste, la egalitate cu cogniţiile, impulsurile şi comportamentul. Aceste aspecte care trebuie interpretate teoretic şi susţinute de terapie, în înţelegerea dezvoltării atît a personalităţii normale cît şi patologice (Cicchetti, Ackerman & Izard, 1995). Intervenţiile clinice prezentate aici au un fundament solid în recentele progrese experimentale, înregistrate în înţelegerea neurobiologiei dezvoltării afectului (Schore, 1994).

Materialul prezintă informaţiile empirice şi teoretice într-o imagine coerentă despre modul în care se dezvăluie structura eului (*self structure*) în contextul diadei copil – persoana care se îngrijeşte de copil, pe masură ce copilul este socializat în direcţia reglării afectelor în cadrul diadei. Când diada funcţionează la un nivel optim, copilul învaţă abilităţi adecvate de reglare afectiva şi, în acelaşi timp, dobândeşte o structură a eului funcţională, adaptativă şi care se autoorganizează. Când diada este deteriorată, indiferent din ce motiv, abilităţile de reglare afectivă adecvată nu mai sunt transmise, acest lucru conducind la apariţia, într-un grad mai mare sau mai redus, a unei structuri a eului disfuncţională, defectuoasă şi, mai mult sau mai puţin, maladaptativă.

4.2.2. Afectul şi emoţia din perspectiva terapiei centrate pe afect (ACT)

Afectele sunt blocuri construite fiziologic, corelate genetic, din care se construiesc sentimentul, emoţia şi dispoziţia. Trebuie, încă de la început, realizată o distincţie între acestea în vederea stabilirii unui fundament solid. Întrucât afectul este primordial, acesta

va fi prezentat primul. Genomul uman codifică, pentru un număr limitat de răspunsuri, afecte, care sunt extrase din schimbările patternurilor de stimulare contextuală (de mediu) şi se disting unul faţă de celălalt prin criterii fiziologice şi comportamentale. Dintre cele nouă afecte de baza putem aminti excitarea (cu sensul de entuziasm), bucuria, frica, furia, ruşinea, dezgustul etc. Neurobiologia fricii a fost îndelung cercetată şi, în baza acestor descoperiri, s-a ajuns la ipoteza că fiecare afect are o expresie neurofiziologică unică, ce este codată genetic. Sistemul nervos transmite semnale variatelor sisteme efectoare, la nivelul cărora afectele sunt traduse în reacţii fiziologice precum modificarea ritmului cardiac, modificări la nivelul muşchilor striaţi, glandelor sudoripare etc. Afectele au un caracter universal şi, deşi nici o persoană nu poate cunoaşte ceea ce simte cu adevărat o altă persoană, prin viaţa afectivă pe care o împărtăşim, indivizii abordează, în maniera cea mai apropiată de realitate posibil, ceea ce avem în comun din punct de vedere afectiv, deoarece suntem cu toţii conectaţi relativ similar din punct de vedere fiziologic.

Un afect devine sentiment atunci când organismul conştientizează afectul. Semnalele fiziologice generate de un afect se numesc *qualia,* adică decodificarea sensului acestor semnale şi etichetarea lui. Eticheta (qualia) care însoţeşte un afect, constituie experienţa organismului în raport cu afectul respectiv. Prin urmare, o persoană devine conştientă de un afect, cînd observă eticheta/tipul (*qualia*) afectului, iar din acel moment, afectul devine un sentiment. În mod obişnuit, oamenii folosesc termenul de *sentiment* cînd fac referire la emoţiile şi afectele lor, şi se referă la experienţa lor în raport cu afectele, prin intermediul etichetei (qualia) asociate atunci când spun, de exemplu, „Mă simt furios.” sau „Mă simt trist.”

Emoţia prezintă un nivel mai înalt de complexitate în sistemul afectiv, deoarece aceasta implică şi memoria. Afectele sunt trăite în situaţii particulare iar evenimentele şi afectele asociate acestora sunt stocate în momerie şi recuperate iar şi iar, în noi situaţii. Afectele modificate prin experienţă devin emoţii. În emoţie, afectele sunt asimilate cu imagini, amintiri, cogniţii, introiecţii şi alte afecte. Afectele sunt deseori trăite în combinaţii iar aceste ansambluri de afecte contribuie, de asemenea, la fenomenul mai complex al emoţiei. Constructele de bază, afectele, se constituie în reţele neuronale complexe, care devin din ce în ce mai elaborate de-a lungul timpului. Cu toate acestea, complexitatea nu întotdeauna echivalează cu ordinea. În copilărie, dacă afectele sunt

trăite prea intens, aşa cum, de exemplu, se întîmplă în evenimente traumatice, sistemul poate ajunge să fie depăşit, rezultând mai degrabă haos decât ordine. Emoţia este experienţa complexă a afectului, în alianţă cu memoria, gândirea şi reprezentarea. Aşa cum Nathanson (1992) scria, „afectul înseamnă biologie, emoţia înseamnă biografie." (p.50).

Emoţiile sunt pe atât de diverse, aproape pe cât sunt de diferite şi fiecare fragment este pe atât de unic pe cât sunt oamenii care le trăiesc. În timp ce afectele sunt într-un număr destul de redus, numărul emoţiilor e de ordinul sutelor. Întrucât emoţia este alcătuită dintr-un amalgam de afecte modificate de trecutul unic al individului, experienţa emoţională aduce cu sine o mai redusă reciprocitate decît experienţa afectivă. De exemplu, ceea ce unul dintre clienţi înţelege prin termenul de eliberare sau descărcare, este unic pentru acea persoană. Pentru un individ, emoţia descărcării poate fi asociată cu amintiri din copilărie ale încheierii abuzului fizic, pentru o altă persoană descărcarea poate fi asociată de reprezentări ale potolirii senzaţiei de sete intensă cu un pahar de apă rece.

Apar însă, o serie de complicaţii, deoarece termenul pentru un afect este acelaşi ca şi cel pentru o emoţie. Cuvântul frică, de exemplu, se aplică atât afectului, cât şi emoţiei de frică. Afectul de frică devine emoţia de frică, în momentul în care frica este asociată cu experienţa, reprezentările idiosincretice şi cu acele combinaţii unice de alte afecte şi emoţii ale individului. De exemplu, unui anume client îi poate fi frică de afectul de frică. El ar putea trece de la o extremă la alta tocmai pentru a evita să trăiască frica, deoarece se lasă prins foarte rapid într-un ciclu din ce în ce mai profund al anxietăţii şi apoi al panicii. Această evitare poate conduce clientul la izolare, la evitarea oamenilor, şi poate restricţiona contactul său cu lumea. Pentru client(ă), afectul fricii este asimilat amintirilor unor momente în care a trăit frică, cu reprezentările unor oameni care i-au cauzat frica, cu o serie de cogniţii precum „Dacă voi merge acolo, îmi va fi frică.". În acest caz, afectul fricii a devenit o emoţie de frică. Pentru alţi clienţi, afectul fricii poate fi asimilat cu reprezentări ale unui personaj impozant care teroriza întreaga şcoală, a unui părinte autoritar, care dădea pedepse frecvent sau cu reprezentarea ideii de a nu-şi fi terminat tema la timp. Pentru mulţi alţii, afectul fricii ar putea fi asociat cu alte afecte. De pildă, în provocarea cuiva, frica poate fi asociată cu excitarea; în abuzul marital, se poate asocia cu

ruşinea sau furia implicită. În fiecare din aceste exemple, afectul a devenit o emoţie.

Termenul de dispoziţie se referă la stările sau procesele care consumă organismul şi alterează pattern-urile normale de răspuns, percepţia şi gîndirea pe o perioadă de timp mai extinsă. Dispoziţiilor le lipseşte orientarea obiectului, aspect distinctiv în emoţii. Aşa cum Fridjia scria, ,,dispoziţiile sunt, prin urmare, stări afective fără obiect" (1993, p.381). În plus, în timp ce afectele şi emoţiile se manifestă pe o perioadă de timp mai scurtă, dispoziţiile durează mai mult, Lewis (2000) numindu-le ,,stări afective extinse" (p. 46). Dispoziţiile sunt pervasive, modificând funcţionarea socială, profesională şi relaţională. O persoană, având o dispoziţie veselă se va raporta într-o manieră veselă la o varietate de elemente ale mediului, în timp ce o persoană aflată într-o dispoziţie de furie, va reacţiona iritat la aceleaşi elemente. Cogniţia şi emoţia interacţionează în dispoziţie într-o manieră complexă. De exemplu, o dispoziţie depresivă îşi poate avea originea în credinţe persistente cu privire la eu şi ceilalţi, o persoană aflată într-o astfel de dispoziţie putând face atribuiri negative, ne-realiste, faţă de sine. Într-o dispoziţie anxioasă, o persoană poate simţi că lumea întreagă îi pune eul în pericol. Asocierile emoţionale în cadrul dispoziţiei pot activa reţele cognitive, cu efect asupra învăţării, judecăţii şi memoriei, care pot fi influenţate în timp. Lewis (2000) sublinia faptul că starea dispoziţională stabilă pare a fi susţinută într-o anumită măsură de afect şi favorizează un mecanism de feed-back de susţinere a eului. ACT propune ca, cel puţin în dispoziţiile depresive, procesul de susţinere a eului să consiste într-un conflict intrapsihic între două afecte, cum ar fi, de pildă, între furie şi dezgust.

Emoţia derivă din autobiografie şi, deci, este ceea ce noi trăim. Cu toate acestea, întrucât afectul derivă din fiziologie şi neurofiziologie, afectul este ceea ce putem regla. Clientul, care solicită ajutor pentru a-şi putea controla ,,temperamentul", vorbeşte de fapt despre o emoţie. Pentru un astfel de client, afectul furiei s-a asimilat cu amintirile, imaginile, gândurile şi senzaţiile pentru a forma emoţia pe care acesta o numeşte ,,temperament", termenul fiind folosit frecvent. Clienţii şi clinicienii folosesc limbajul obişnuit al emoţiei pentru a putea comunica unii cu ceilalţi. Clientul poate face referire la ,,temperamentul" său ca la o emoţie sau un sentiment, de regulă, clienţii reducând cuvintele referitoare la emoţii la rădăcinile afective ale acestora. Însă, după ce clientul va intra în procesul terapeutic, el va învăţa să-şi controleze ,,temperamentul", adică practic

îşi va regla afectul de furie, care, ca toate afectele, este generat neurofiziologic şi exprimat în termeni fiziologici. Trainingul de dezvoltare a abilităţilor de management al afectelor (*Affect Management Skills Training - AMST*) foloseşte imagini, senzaţii şi cogniţii pentru a construi abilităţi reglatorii proprii clientului, care să-i dea puterea de a-şi atenua sau intensifica afectele. AMST utilizează reprezentările şi amintirile clientului pentru a destructura emoţia clientului şi a scoate în evidenţă afectul sau afectele de bază, iar acestea sunt cele care se reglează. Când clientul îşi va însuşi aceste abilităţi de management al afectelor, el va putea să-şi regleze emoţiile, deoarece afectele sunt trunchiul emoţiilor.

Expresia afectului îşi are originea în activitatea neuronală. AMST utilizează reprezentări pentru a modifica procesul neurofiziologic al exprimării afectului. Activitatea neurofiziologică este procesul primar care dă naştere proceselor fiziologice, cognitive şi comportamentale iar AMST alterează aceste procese derivate prin alterarea nivelelor de stimulare ale procesului afectiv primar. Alte sisteme ale reglării emoţionale, aşa cum vom vedea, au încercat să altereze stimularea afectivă prin alterarea proceselor fiziologice, al gîndirii şi comportamentul. Aceste procese sunt derivate sau secundare, şi se poate face referire la aceste metode ca fiind protocoale indirecte de reglare emoţională. AMST oferă o reglare directă a afectelor, deoarece implică reprezentări care alterează procesele neurofiziologice primare, ce generează procesele secundare fiziologice, cogniţia şi comportamentul. În utilizarea imaginilor pentru corectarea dereglării afective, AMST face apel la aceleaşi mecanisme imagistice prin care reglarea afectivă are loc în copilărie. Dezvoltarea reglării afective se realizează de la naştere şi până la adolescenţă, în funcţie de modul în care se formează reprezentările mentale ale părinţilor sau, mai general al îngrijitorilor, în contextul diadei relaţionale, precum şi modul în care acestea devin fundamentul stimulării şi al atenuării afectelor la copil. Se poate evidenţia identitatea conceptuală între procesul normal al socializării afective care are loc în copilărie în contextul diadei copil-părinte, şi procesul psihoterapeutic, care are loc la vârsta adultă în contextul diadei client-terapeut.

Alte sisteme terapeutice furnizează abordări indirecte ale reglării afective. Unele sisteme încearcă să modifice procesul afectiv primar prin alterarea unui proces secundar care poate fi o senzaţie, cogniţie, comportament sau o combinaţie între acestea. Mai

multe terapii, care vizează managementul stresului şi al furiei, încearcă să schimbe răspunsul afectiv prin schimbarea stării fiziologice a clientului, prin exerciţii de respiraţie şi relaxare progresivă a tensiunii musculare. Terapia raţional-emotivă încearcă, de pildă, să influenţeze răspunsul afectiv disfuncţional prin modificarea structurilor cognitive ale clientului, adică a gândurilor şi credinţelor acestuia. Terapia cognitiv-comportamentală combină strategiile de schimbare comportamentală cu cele de schimbare cognitivă pentru a altera răspunsul afectiv inadecvat. O altă şcoală terapeutică, terapia sistemică familială, încearcă influenţarea afectului prin manipularea reprezentărilor interne ale persoanelor semnificative pentru dezvoltarea subiectului, din cadrul familiei de origine a acestuia. În plus, alţi terapeuţi uzează de diada terapeutică ca agent al schimbării. Psihanaliza, mult simplificată, consideră că stresul clientului – pe care l-am definit drept dereglare emoţională – poate fi soluţionat prin analiză şi transfer. Terapia centrată pe persoană susţine că stresul subiectului poate fi diminuat printr-o relaţie suportivă, în acord cu terapeutul. Aceste şcoli terapeutice par să considere că dereglarea afectivă este un simptom al neadaptării clientului. În contrast, ACT consideră inadaptările fiziologice, cognitive şi comportamentale ale clientului drept manifestări ale dereglării afective. În acord cu ACT, primul pas în a ajuta clientul să ajungă la o mai bună funcţionare este acela de a corecta deficitele de reglare afectivă. AMST furnizează clientului abilităţi de reglare a afectelor într-o manieră adaptativă.

Practicienii cu diverse formări teoretice ar putea sesiza că aceste abilităţi prezentate aici au rolul de a intensifica rezultatele obţinute cu ajutorul metodei lor specifice. AMST poate fi integrat sistemelor familiale, cognitiv-comportamental, raţional-emotiv, psihanalitic sau terapiilor centrate pe persoană. În timp ce protocolul poate fi utilizat în legătură cu alte abordări terapeutice, acesta constituie faza iniţială a ACT.

Setul de abilităţi de management afectiv este multidimensional şi directiv, precum şi puternic interactiv. Abilităţile AMST au fost selectate cu grijă pentru a asimila imagini, afecte, senzaţii şi cogniţii în constructe unificate. Fiecare din aceste dimensiuni este esenţială pentru a asigura rezultate pozitive şi nici o modalitate nu poate fi separată de celelalte. Sub acest aspect, AMST este un protocol coordonat. Clinicianul ia o anumită atitudine ca şi antrenor, care ştie mai mult despre afecte şi reglarea lor decât ştie clientul,

clinicianul având responsabilitatea de a transmite clientului abilităţi care nu au fost transmise acestuia în copilărie. Pe parcursul dobândirii acestor abilităţi, clinicianul începe procesul de corectare a deficitelor din cadrul structurii eului clientului. Nevoia de directivitate în diada terapeutică, ce poate fi disconfortantă pentru unii clinicieni, derivă din bazele teoretice ale unei psihoterapii centrate pe afect. Într-o anumită măsură, interactivitatea AMST reiese din utilizarea proprie a semnalizării ideomotorii pentru a permite defensele cognitive ale clientului. Termenul de semnalizare ideomotorie se referă la o tehnică de obţinere a informaţiei din inconştient. Aşa cum este folosită de AMST, aceasta constă în a cere clientului să ridice degetul arătător, în momentul în care a încheiat o sarcină afectivă. Semnalizarea ideomotorie facilitează o comunicare mai directă între terapeut şi inconştientul clientului. Interactivitatea AMST reiese de asemenea din utilizarea sa în autoraportul clientului. Protocolul adaptează scalele de evaluare din contextul procesării şi desensibilizării mişcărilor oculare (EMDR; Shapiro, 2001), le extinde şi le adaptează pentru a se potrivi obiectivelor protocolului. Cele două scale de evaluare permit clinicianului şi clientului să evalueze stresul şi disconfortul clientului precum şi progresul acestuia în atingerea obiectivelor.

AMST este unic prin faptul că implică un afect pentru a facilita achiziţia abilităţilor de management afectiv. Protocolul utilizează stimularea bilaterală tactilă alternativă pentru a evidenţia afectul surprins la nivel subliminal. Evidenţierea afectului poate fi obţinută prin lovirea genunchilor şi mîinilor clientului sau poate fi furnizată printr-un sistem Thera Tapper™, conectat la o sursă de curent, care produce o senzaţie tactilă, uşoară, de zumzet, către palme. Stimularea tactilă alternantă bilaterală (TABS) prin lovire sau utilizarea sistemului Thera Tapper™, răspunde necesităţii unui element important al protocolului coordonat, multidimensional al AMST. Utilizarea unui afect pentru a promova achiziţia de abilităţi eficiente poartă numele de *mediere afectivă*. Afectul subliminal mediază achiziţia de abilităţi în cadrul protocolului AMST.

4.2.3. Terapia centrată pe afect şi protocolul dobândirii abilităţilor de management afectiv

Terapia centrata pe afect (ACT) este o orientare psihoterapeutică, reprezentând o teorie cu privire la originea problemelor pacientului. Problemele curente ale pacientului

sunt considerate a-şi trage originile din deteriorările reglării afective şi emoţionale. Training-ul abilităţilor de management al afectelor (*Affect Management Skills Training - AMST*) este un protocol care remediază tocmai această deteriorare şi presupune şapte abilităţi de bază şi o serie de abilităţi auxiliare. AMST constituie prima etapă a ACT. Teoria, susţinută de studii clinice, sugerează că pacienţilor trebuie să li se ofere mijloace de recunoaştere, tolerare şi reglare atât a afectelor şi emoţiilor reconfortante cât şi a celor cauzatoare de stres, înainte de a trece eficient şi în siguranţă la cea de-a doua fază a ACT, în care cauzele problemelor actuale sunt demascate şi soluţionate. Abilităţile AMST furnizează, pentru stoparea materialului stresant, fundamentul unei imagini interne a siguranţei, recunoaşterea şi toleranţa afectului, detaşare de afect şi reglare afectivă. Pentu aceasta sunt dezvoltate şapte abilităti fundamentale:

I. Stoparea

Este vorba despre abilitatea de a limita materialul traumatizant, învăţând clientul să folosească „o imagine a unui container suficient de mare pentru a păstra toate lucrurile supărătoare" (Omaha, 2004). Această capacitate eliberează clientul de gânduri şi amintiri dureroase şi adună afectele care altfel ar întrerupe achiziţionarea următoarelor capacităţi. Această abilitate duce la o imediată impresie de uşurare pentru că, materialul dureros fiind blocat, îi permite clientului să nu mai experimenteze frica, ruşinea, dezgustul sau alte afecte legate de material. Un sentiment de auto-stăpânire însoţeşte sentimentul de uşurare deoarece clientul are de ales acum când să înlăture materialul supărător pentru a începe terapia.

De exemplu, comportamentele de insultare, de lovire şi discreditare ale unui bărbat violent şi cauzele acestora se află printre acele „lucruri tulburătoare/stresante" pe care inconştientul clientului le-ar plasa în recipient. După finalizarea protocolului AMST în etapa I a terapiei violenţei domestice, clientul va fi asistat în gestionarea comportamentului agresiv plasat în recipient, ca prim pas în descoperirea şi tratarea cauzelor tulburării comportamentale.

Procedura pentru abilitatea I

Abilitatea I ar putea fi introdusă după cum urmează:

Câteodată oamenii au amintiri neplăcute sau tulburătoare de care pot sau nu să fie conştienţi. Înainte de a ne începe munca, ar fi o idee bună să punem aceste amintiri într-un recipient de unde nu pot interfera cu restul muncii noastre terapeutice.
Din momentul în care vei avea o imagine a recipientului, te vom ajuta să-l utilizezi stocând ceea ce te destabilizează şi apoi îl vom sigila şi-i vom pune o supapă care va opera doar după intenţia ta. În acest fel poţi adăuga sau scoate material pentru a lucra pe baza lui fără a deschide capacul. De asemenea, vom pune un semn pe container care spune: „a fi deschis doar când îmi serveşte la vindecare" aşa încât să poţi controla când şi dacă vrei să scoţi ceva afară.

Este foarte important pentru d-voastră să înţelegeţi că nu trebuie să ştiţi ce anume reprezintă materialul tulburător. Inconştientul d-vostră ştie, iar asta este suficient. Aveţi vreo întrebare înainte de a începe?

Terapeutul răspunde oricăror întrebări pe care clientul le poate avea cu privire la această introducere. Pentru a obţine imaginea recipientului**,** terapeutul ar putea să ofere următoarele instrucţiuni: *Daţi-mi o imagine a recipientului care înglobează orice lucru tulburător.*

Terapeutul va nota toate detaliile construcţiei recipientului pe care clientul le descrie. O calitate esenţială a unui recipient potrivit este aceea de a fi circumscris de pereţi solizi. Clienţii au folosit imagini ale unor cutii de oţel, cufere din lemn, un vas construit dintr-un cazan din metal. Odată ce clientul a construit o imagine, terapeutul ajută la amplificarea dimensiunile recipientului şi notează materialul din care a fost construit. Acestea ar trebui notate cu grijă, iar terapeutul ar trebui să repete toate aceste detalii de fiecare dată când containerul este utilizat în discuţie. De exemplu, este util ca terapeutul să spună, „uitaţi-vă la propriul container din metal argintat, ca un tub de oxigen".

După ce a fost realizată o imagine clară şi utilă a recipientului, va fi introdus consemnul pentru procedura de umplere a acestuia cu materialul psihic dureros, activând şi stimularea tactilă alternantă bilaterală (TABS). Consemnul terapeutului ar putea fi:

La un moment dat vom da drumul thera taper şi vom umple containerul. Când este pe atât de plin pe cât ar trebui să fie la momentul acesta, aş vrea să indicaţi prin ridicarea degetului arătător de la mâna stângă. Procesul va fi complet când vom închide

thera taperul. Când îl voi închide vă voi ruga să inspiraţi adânc şi apoi să expiraţi şi apoi vă voi întreba: „Şi acum ce urmează?”, vă voi întreba acest lucru de fiecare dată când voi închide thera taperul. Vă poate veni în minte un gând, o amintire, o emoţie, chiar o senzaţie sau poate nimic. Orice se întâmplă e bine. Orice vă vine în minte, vă rog să-mi raportaţi fără reţineri sau cenzurări.

Shapiro (1995) a sugerat că directiva de a respira adânc şi apoi de a expira oferă clientului oportunitatea de a se odihni, reorienta şi de a se pregăti să vorbească despre noile informaţii. Ea sugerază ca terapeutul să inspire şi expire o dată cu clientul pentru a crea o legătură între ei şi să îmbunătăţească efectele terapeutice pozitive. Terapeutul poate facilita operaţiunea de umplere a containerului folosind următoarele instrucţiuni:

TABS On: vizualizaţi-vă containerul (se repetă descrierea clientului cu privire la container) şi observaţi dacă acum capacul este închis. Mi-ar plăcea să daţi naştere intenţiei de a muta orice lucru care vă deranjează în container. Foarte bine. Acum doar urmăriţi-l mutându-se în container. Vă rog nu priviţi lucrurile care vă deranjează în mod individual. Aţi putea vedea o imagine colectivă ca fumul. Nu ştiu ce vedeţi, dar indiferent ce aţi vedea este în regulă. Bine. Doar urmăriţi-l mutându-se înăuntru. Anunţaţi-mă prin ridicarea degetului arătător de la mâna stângă când va fi intrat atât de mult pe cât credeţi d-voastră acum că va intra. Aveţi tot timpul necesar. (clientul ridică degetul) Acum puneţi-i capacul şi sigilaţi containerul. Sudaţi-l sau lipiţi-l bine. Excelent. Acum deveniţi conştienţi de supapa specială prin care puteţi scoate sau introduce ceva înăuntru fără a lăsa altceva să iasă afară. Ataşati supapa containerului. Bine. Şi fiţi conştient de fraza care zice: va fi deschis doar când îmi va folosi spre a mă vindeca. Bine. TABS Off: Inspiraţi adânc. Expiraţi. Şi acum ce urmează?

Toate elementele, inclusiv imagini, intenţii, instrucţiunile terapeutului, afectele, verbalizarea („şi acum ce urmează?”) la sfârşitul instalării şi TABS sunt esenţiale pentru dezvoltarea cu succes a abilităţii. Reîmprospătarea imaginii containerului clientului îl ţine pe acesta angajat în mod inconştient. Este important să-l avertizeze pe client că nu este nevoie să ştie sau să examineze fiecare lucru deranjant şi de a-i asigura inconştientul cu o alternativă, „imaginea colectivă ca fumul sau ca ceaţa”. Semnalul cu arătătorul realizat de client îi oferă acestuia controlul asupra procesului aşa că el nu are de ce să se simtă grăbit.

Instrucţiunile de umplere a containerului în mod intenţionat implică un limbaj nespecific, menţionând doar faptul că persoana ar trebui să vizualizeze fiecare lucru deranjant ce curge în interiorul containerului. Terapeutul ar trebui să evite perturbarea clientului prin menţionarea oricărui incident specific sau amintire. Inconştientul clientului ştie ceea ce constituie „orice lucru deranjant".

În pasul următor, terapeutul solicită o evaluare de la client, o autoapreciere despre progresul său în umplerea containerului. Comportamentul neutru al terapeutului este foarte important; terapeutul ar trebui să aibă grijă să-şi controleze limbajul trupului şi tonul vocii, acceptarea şi claritatea judecăţii. Următorul limbaj este sugerat:

Haideţi să verificăm progresul făcut până acum. Deoarece vă uitaţi în container acum, ce procent din lucrurile deranjante este în recipient? Lăsaţi inconştientul să răspundă. Probabil vă vine în minte un număr chiar acum. Orice vă vine în minte e bine. Aşa că, spuneţi-mi ce vă zice inconştientul?

Unii clienţi vor fi capabili să transfere fiecare lucru tulburător înăuntrul containerului dintr-o singură încercare. Aceştia sunt clienţii cu o personalitate bine structurată, minim deficit experienţial, un ataşament sigur şi acceptabil, traume ori necazuri minime. Dacă persoana oferă o evaluare ca: „Bine, este totul înăuntru", terapeutul ar trebui să încerce o mai exactă cuantificare întrebând: „Îmi puteţi da un număr? Vă rog daţi-mi un procent." Acest număr ar trebui să fie notat în foaia de lucru. Dacă clientul aprobă un conţinut complet sau aproape complet atunci terapeutul ar trebui să procedeze după cum urmează:

TABS On: Mi-ar plăcea să vă reamintiţi procesul pe care tocmai l-aţi încheiat. Vedeţi cum veniţi cu o imagine a unui container, cum l-aţi umplut prin formularea intenţiei prin care fiecare lucru tulburător va intra în container şi cum X% (numărul pe care clientul vi-l oferă) a pătruns înăuntru.Vedeţi cum aţi sigilat containerul şi cum aţi instalat supapa şi semnul. Acum, ca să menţineţi acea imagine, vă rog repetaţi după mine: „Învăţ să colectez fiecare lucru tulburător". Bine.

II. Spaţiul securizant

A doua abilitate dezvoltă o imagine intrinsecă a siguranţei şi securităţii, elaborată la nivel vizual, auditiv, olfactiv şi tactil. Mulţi clienţi n-au mai dezvoltat anterior o astfel

de imagine internă, care să fie utilizată pentru auto-liniştire in situaţii familiale stresante sau in condiţii in care este scos din recipient un eveniment traumatizant (tensiune sau frustrare maritală etc.). Această abilitate asociază imaginea spaţiului securizant cu sentimentul de securitate şi cogniţiile asociate acestuia, şi învaţă clientul să identifice senzaţiile ce însoţesc această emoţie.

Managementul afectiv constă tocmai în recunoaşterea, tolerarea şi reglarea afectelor. În punerea în scenă a abilităţilor de la a III-a la cea de-a VII-a, clientul selectează un afect – ţintă, de regulă începându-se cu emoţia fricii, care va fi primul aspect central al protocolului (inclusiv în cazurile de violenţă domestică, unde se începe uneori şi cu furia). Este apoi introdusă o scală de evaluare, care permite clientului să diferenţieze între nivelele crescute şi scăzute ale fricii şi să evite posibilele nivele ale fricii, care să nu poate fi controlate. Clientul este rugat să încerce recuperarea unei amintiri cu privire la un moment în care a simţit frică la o intensitate scăzută, controlabilă. Desigur, clientul îşi aminteşte emoţia de frică, dar important este faptul că va învăţa să o recunoască, tolereze şi regleze.

Procedura pentru abilitatea II *(spaţiul securizant)*

Prima sarcină a terapeutului este de a explica persoanei necesitatea şi valoarea creării unei imagini interioare de siguranţă şi securitate. Clinicianul poate utiliza următoarele instrucţiuni:

Adesea, atunci când oamenii care vin la terapie au fost copii, ei au trăit situaţii în care nu au avut experienţa siguranţei, nu s-au simţit apăraţi, astfel încât, ca adulţi, ei nu au o imagine interioară de siguranţă şi securitate pe care să o poarte cu ei şi pe care să se bizuie în timpul perioadelor stresante. În acest punct în munca noastră eu vreau să te ajut să-ţi dezvolţi o imagine a siguranţei pentru tine însuţi. Tu vei fi capabil să foloseşti aceasta în şedinţa terapeutică pentru a te simţi în siguranţă când faci terapia şi vei fi capabil să o utilizezi în situaţii din exteriorul cabinetului de consiliere atunci când doreşti să produci o senzaţie de siguranţă în situaţii stresante. Vezi tu, securitatea, cunoaşterea şi simţirea siguranţei, este ceva pe care o purtăm în noi. Ea nu depinde de situaţii externe. Cu o imagine internă a securităţii, într-adevăr nu contează ce se întâmplă în jurul tău, deoarece tu porţi propria imagine despre siguranţă în interiorul

tău.

Următoarea sarcină a clinicianului este de a ajuta clientul să genereze o imagine adecvată. Mai jos sunt sugerate câteva instrucţiuni:

Ceea ce vom face acum este să dezvoltăm o imagine a unui loc sigur pentru tine. Uneori, oamenii au în experienţa sau în memoria vieţii de adult un timp şi un loc în care ei ştiu că au fost şi s-au simţit în siguranţă. Dacă tu ai un asemenea loc mi-ar place să mi-l împărtăşeşti. În mod ideal, acest loc, pentru a prezenta siguranţă, nu ar trebui să depindă de prezenţa unei [anumite] persoane. Cele mai bune tipuri de locuri sunt, adesea, în natură. Acesta ar trebui să fie un loc în care nu se întâmplă nimic rău. Totuşi, dacă niciodată nu ai avut experienţa de a fi într-un loc în care ştiai că eşti în siguranţă, este în regulă, pentru că noi putem construi un astfel de loc prin imaginaţia ta. Deci, după ce am spus toate acestea, mă întreb ce urmează în continuare pentru tine acum?

Clientul ar putea să reuşească să verbalizeze o imagine corespunzătoare (de pildă, stând pe o plajă sau într-o pădure), clinicianul trebuind să înregistreze cu grijă imaginea şi apoi să verifice de două ori dacă selecţia clientului este adecvată, aşa cum este ilustrat în exemplul următor: „*Mi-ai spus că îţi aminteşti că ştiai că te simţi în siguranţă pe o plajă. Eu doar vreau să mă asigur că nu s-a întâmplat nimic rău pe acea plajă sau pe oricare alta*.” Dacă clientul dezvăluie că s-a întâmplat ceva rău pe plajă, dar nu vizualizează ce anume, i se sugerează să găsească o altă imagine, deoarece lucrul rău care s-a petrecut va contamina locul sigur prin capacitatea de asociere, susţinută neurofiziologic prin numeroase conexiuni neuronale.

Dacă persoana este incapabilă de a produce o imagine din amintirea unui loc, atunci va fi rugată să îşi imagineze un loc al securităţii depline. Clinicianul îi poate da instrucţiuni ca acestea: *Aş vrea ca tu doar să-ţi laşi mintea să se relaxeze. Nu trebuie să faci nimic. Doar observă. Şi acum doar intenţionează ca o imagine a unui loc sigur sa vină din inconştientul tău. Bine. Las-o să iasă la suprafaţă şi spune-mi ce vezi.*

De obicei, în acest punct imaginea produsă nu are prea multe detalii. De exemplu, clientul poate spune: „*Este un ocean, cu o lungă plajă aurie*.” sau „Îmi *amintesc un loc într-o pădure cu un pârâu.*” Următoarea sarcină a clinicianului este să ajute clientul să îmbogăţească imaginea prin extragerea mai multor informaţii perceptive (vizuale, auditive etc.).

Mobilizarea şi întărirea informaţiei perceptive sunt numite *dezvoltarea* imaginii. Trebuie notat că TABS este utilizat pentru a facilita procesul prin care clientul recuperează informaţia perceptivă. Pragul afectiv subliminal provocat de un stimul tactil uşor se crede că facilitează procesul de recuperare prin golirea minţii de „zgomotele" străine şi focalizarea atenţiei pe sarcină. Următoarele instrucţiuni pot fi utile:

Ceea ce urmează să facem acum este îmbogăţirea imaginii avute, doar prin observarea a ceea ce poţi vedea, auzi, mirosi şi atinge, aşa cum eşti în locul tău sigur. Hai să începem cu ceea ce vezi. Mă voi întoarce la Thera Tapper şi te rog să priveşti de jur împrejurul locului sigur şi să remarci ceea ce poţi să vezi. TABS deschis: priveşte în interiorul tău [clinicianul repetă cuvintele clientului pentru locul sigur]. Doar priveşte împrejur şi observă ce altceva poţi vedea. Bine. Bine. [Se acordă 10-12 secunde.] *TABS închis Respiră adânc. Aşteaptă să revii şi spune-mi, ce ai văzut?*

Din nou, clinicianul trebuie să noteze cu grijă ceea ce clientul spune că a văzut, deoarece această informaţie este esenţială pentru a reîmprospăta imaginea clientului pe tot cuprinsul procesului de instalare. După dezvoltarea modului perceptiv vizual, clinicianul va trece la modul auditiv, apoi la olfacţie şi, în final, la modul senzorial tactil.

Următoarea sarcină a clinicianului este de a asocia imaginii perceptive o cogniţie de fundamentală legată de (re)cunoaşterea siguranţei („*sunt în siguranţă*"). După instalarea cogniţiei pozitive „*Sunt în siguranţă*", clinicianul va determina validitatea acesteia, utilizând Scala de Validare a Cogniţiei (Voc). Acest element al abilităţii locului sigur are o importantă valoare diagnostică, precum şi importanţă terapeutică. Clientul a stabilit că imaginea pe care a selectat-o, indiferent dacă provine din memorie sau este creată din imaginaţie, este realmente securizantă. Astfel, dacă clientul nu este capabil să asigure o validitate certă cogniţiei „Sunt în siguranţă", acest fapt sugerează că elementele din structura personalităţii lui sunt responsabile de absenţa siguranţei. Aceste elemente pot fi calităţi lipsă sau pot fi introiectate, ori sunt stări ale Eului.

Acest pas al protocolului lărgeşte structura neurobiologică deja stabilită, prin adăugarea elementului cognitiv. Cititorul va realiza modul în care AMST a construit un miez al structurii din acest punct, prin dezvoltarea vizualizării locului securizant şi conştientizarea elaborării elementelor vizuale, auditive, olfactive şi tactile. Pe baza a ceea ce se cunoaşte din neurobiologie, putem presupune că în prima etapă avem activarea

memoriei declarative şi implicarea cortexului senzorial, toate structurile anatomice implicate făcând parte din cortexul temporal drept. Următorul pas lărgeşte această structură şi implică emisfera stângă, deoarece este invocată o evaluare cognitivă. Instrucţiunile generale sunt:

Ne vom îndrepta atenţia acum spre unirea imaginii locului sigur cu o declaraţie a cunoştinţelor stabilite acum. Voi rememora imaginea locului tău sigur şi apoi te rog să repeţi după mine: „Sunt în siguranţă." Acest lucru este diferit de a te simţi în siguranţă, şi vom merge spre emoţia de securitate într-o clipă. Totuşi, în primul rând, este important pentru tine să ştii cu certitudine că eşti realmente în siguranţă. TABS deschis. Readu-ţi în minte imaginea locului tău sigur. [Clinicianul repetă numele şi toate detaliile perceptive din vizualizarea locului sigur al clientului.]. Acum, reţinând această imagine bogată, te rog să repeţi după mine: „Sunt în siguranţă." [Clientul repetă fraza.] Bine. Lasă ca aceasta să devină un adevăr cât se poate de real. Bine. TABS închis. Respiră adânc. Revino-ţi şi spune ce-ţi vine în minte acum?

Conţinutul răspunsului clientului la întrebarea „Ce-ţi apare acum în minte?" determină pasul următor ales de clinician.

Odată ce instalarea cogniţiei „Sunt în siguranţă" este completă, clinicianul va solicita o evaluare din partea clientului. În acest punct, clinicianul introduce scala VoC şi apoi cere evaluarea, după cum urmează:

Din când în când vrem să comparăm progresul nostru cu munca pe care o facem. Acesta este unul dintre acele momente şi, de aceea, vreau să introduc acum o scală de evaluare. Această scală arată în ce măsură este adevărată o afirmaţie. Scala porneşte de la 1, care înseamnă că afirmaţia este falsă, până la 7, care indică faptul că este adevărată. Deci, aşa cum ai reţinut imaginea locului tău sigur [clinicianul va repeta suficiente detalii pentru ca imaginea să fie optim reîmprospătată] spune-mi, pe o scală de la 1 la 7, unde 1 este fals şi 7 este adevărat, cât de adevărată este afirmaţia „Sunt în siguranţă".

Odată ce clinicianul şi clientul au dezvoltat o cogniţie pozitivă validată pentru cunoaşterea securităţii şi au asamblat-o cu imaginea locului sigur, clinicianul trebuie să ajute clientul în dezvoltarea unei cogniţii cu privire la senzaţia sau emoţia de securitate. Din moment ce securitatea nu este un afect primar, ea este un construct emoţional valid

care va fi plin de sens pentru multe persoane. Clinicianul poate furniza instrucţiuni modelatoare de urmat:

Aş dori să-ţi îndrepţi atenţia acum către emoţia sau senzaţia de securitate. În societatea noastră, deseori, oamenii nu fac diferenţa între a şti că sunt în siguranţă şi a se simţi în siguranţă, dar acestea sunt realmente două lucruri diferite. TABS deschis. Adu-ţi în minte imaginea locului tău sigur. [Clinicianul repetă numele şi toate detaliile perceptive din vizualizarea locului sigur al clientului.] Adu-ţi aminte că ştii cu certitudine că eşti în siguranţă în acest loc. Acum, reţinând această imagine bogată şi ştiind că eşti în siguranţă, te rog să repeţi după mine: „Mă simt în siguranţă." [Clientul repetă fraza.] Bine. Las-o să devină un adevăr atât cât poate fi. Bine. Bine. TABS închis, respiră adânc. Ce-ţi vine în minte, acum?

După ce s-a ocupat de conţinutul răspunsului clientului la întrebarea „*Ce-ţi vine acum în minte*?", clinicianul trebuie să solicite de la client o declaraţie cu privire la validitatea cogniţiei pozitive „Mă simt în siguranţă." Acest lucru poate fi făcut după cum urmează:

Reţinând imaginea locului tău sigur [clinicianul poate repeta suficiente detalii pentru a reîmprospăta imaginea], *un loc în care tu ştii cu certitudine că eşti în siguranţă, pe o scală de la 1 la 7, unde 1 este fals şi 7 este adevărat, cât de adevărată este afirmaţia „Mă simt în siguranţă"?*

Odată ce clientul a aprobat cu certitudinea cogniţia pozitivă „*Mă simt în siguranţă*", clinicianul va trebui să continue să ajute clientul să recunoască emoţia de securitate prin senzaţii fizice trăite de el, care sunt asociate cu emoţia. Următoarele instrucţiuni pot fi spuse clientului astfel:

Acum, aş vrea să ne îndreptăm atenţia spre a te ajuta să identifici senzaţiile pe care le simţi în corpul tău, care acompaniază sentimentul de securitate. Trupurile noastre ne spun ce emoţii experientăm prin aceste senzaţii şi noi ne putem îmbunătăţi funcţionarea devenind conştienţi de modul cum corpul nostru comunică cu noi. TABS deschis. Adu-ţi din nou în minte imaginea locului tău sigur [clinicianul poate repeta suficiente detalii pentru o reîmprospătare optimă a imaginii]. *Aminteşte-ţi că tu ştii cu certitudine că eşti în siguranţă şi, de asemenea, ştii cu certitudine că te simţi în siguranţă. Acum, păstrând această imagine şi ştiind că eşti în siguranţă şi simţindu-te în*

siguranţă, doar observă că în corpul tău sunt senzaţii care acompaniază imaginea, cunoaşterea şi sentimentul. Stai atât timp cât ai nevoie, şi doar anunţă-mă, prin ridicarea arătătorului stâng, când ai devenit conştient de senzaţii. Bine. Bine. [Clientul ridică degetul arătător.] *TABS închis***.** *Inspiră adânc. Expiră şi spune-mi, ce senzaţii ai avut?*

Clinicianul trebuie să ajute clientul să verbalizeze calităţile senzaţiilor cum ar fi: luminozitate, destindere, linişte şi, de asemenea, localizarea în corp unde clientul trăieşte senzaţiile. Utilizând o listă de lucru sau propriile notiţe, clinicianul trebuie să înregistreze numele şi calitatea emoţiei „siguranţă", precum şi localizarea senzaţiilor asociate. Apoi, clinicianul trebuie să instaleze o cogniţie pozitivă ce reuneşte emoţia de securitate, senzaţiile şi localizarea corporală, utilizând următorul limbaj:

TABS deschis**.** *Aminteşte-ţi din nou imaginea locului tău sigur* [clinicianul poate folosi numele şi unul sau două detalii pentru reîmprospătarea imaginii]. *Reaminteşte-ţi că tu ştii cu certitudine că eşti în siguranţă şi că te simţi în siguranţă. Acum, devin-o conştient de* [numele senzaţiei] *pe care o simţi în* [locul în corp] *şi repetă după mine „Aceasta* [numele senzaţiei] *în a mea* [localizarea corporală] *îmi spune că mă simt în siguranţă."* [Clientul repetă verbalizarea.] *Lasă ca această afirmaţie să devină un adevăr atât cât se poate. Bine. Bine.* TABS închis**.** *Inspiră adânc. Expiră. Şi ce îţi vine în minte, acum?*

După ce ascultă cu atenţie orice verbalizare oferită de client, clinicianul trebuie să obţină o evaluare pe scală VoC , prin întrebarea: „*Pe o scală de la 1 la 7, unde 1 este fals şi 7 este adevărat, cât de adevărată este afirmaţia „Aceasta* [numele senzaţiei] *în a mea* [localizarea corporală] *îmi spune că mă simt în siguranţă*.

Ultimul pas se referă la dezvoltarea metacogniţiilor. O metacogniţie este o afirmaţie contemplativă, prin care clientul este rugat să facă din propriul proces terapeutic un obiect de reflecţie. În particular, clinicianul facilitează reflecţia clientului asupra locului securizant. Când generează o metacogniţie, clinicianul susţine clientul în recapitularea momentelor de lucru şi, apoi, îl roagă pe client să facă o reevaluare şi o revizuire a acestei munci şi prin aceasta, transformând-o în obiectul unei afirmaţii reflexive. Metacogniţia construieşte structuri de personalitate, deoarece punctul de vedere subiectiv al cogniţiei pozitive de cunoaştere „*Sunt în siguranţă*", devine, de asemenea,

obiectul unei metacogniţii reflexive „*Învăţ să ştiu că pot fi în siguranţă*”. Conceptul de sine al clientului se extinde prin dezvoltarea şi implementarea metacogniţiilor.

O altă metacogniţie se referă la atribuirea valorii de sine. Un exemplu de atribuire a demnităţii, formulat ca o expresie de stare, va fi: „*Sunt demn de a mă simţi în siguranţă*”. O formulare procesuală a atribuirii siguranţei va fi: „*Învăţ să mă simt demn de a simţi siguranţa.*”

Dacă clientul declară că se simte confortabil cu respectiva afirmaţie, atunci clinicianul poate trece mai departe, utilizând TABS pentru instalarea atribuirii demnităţii de sine. Clinicianul poate apoi cere o evaluare a validităţii atribuirii, folosind scala VoC.

Faptul de a fi deranjat de solicitarea unei atribuiri a valorii de sine poate indica prezenţa unei stări infantile a Eului care păstrează sistemul demn de dispreţ, o situaţie deseori observată la persoanele cu o copilărie caracterizată prin lipsuri, violenţa domestică sau abuz sexual. Scopul acestei stări a Eului este de a facilita funcţionarea sistemului prin ţinerea sistemului în umilinţă. Cu izolarea umilinţei în starea infantilă a Eului, sistemul poate funcţiona, dar sub nivelul optim. Desigur, umilinţa nu este niciodată complet limitată, stăpânită, şi ea se va scurge şi va contamina sistemul. Când un client este incapabil a aproba o atribuire personală a umilinţei, a dispreţului, clinicianul trebuie să noteze acest fapt, deoarece va ghida intervenţiile terapeutice de mai târziu. În etapele ulterioare ale terapiei, experienţele traumatice sau adverse care au provocat umilinţa în copilărie pot fi descoperite şi rezolvate. Apoi, utilizând *camera de conferinţă* în intervenţia pe starea Eului pentru a întâlni starea infantilă a Eului, clinicianul poate ajuta clientul să-şi răscumpere părţile copilăriei legate de inocenţă, puritate şi perfecţiune genuină.

Odată ce clientul a obţinut certitudinea totală, sau aproape totală, pentru cunoaşterea şi simţirea securităţii, şi după ce orice resursă necesară ca fost instalată ori intervenţiile terminate, întreaga imagine, toate percepţiile, cogniţiile de cunoaştere şi de afect, şi senzaţiile ce acompaniază afectul, sunt asamblate cu un cuvânt-cheie pe care clientul îl poate folosi pentru a evoca constructul afectiv-cognitiv-imagistic pentru securitate. Mai jos este dat limbajul pe care clinicianul îl poate utiliza pentru a ghida clientul:

Te-ai descurcat foarte bine cu crearea unei minunate imagini a locului tău sigur.

Ce mi-ar place să fac acum este să îţi cer un cuvânt-cheie sau poate o frază din maxim trei-patru cuvinte pe care tu să le poţi folosi pentru a-ţi aduce în minte imaginea locului sigur, cunoaşterea faptului că eşti în siguranţă şi senzaţia şi sentimentul de securitate. Apoi, tu poţi folosi cuvântul-cheie pentru a crea o senzaţie de securitate pentru tine însuţi în orice moment vei dori. Deci, spune-mi, ce cuvânt ai vrea să foloseşti?

Utilizând propriile notiţe sau o listă de cuvinte, clinicianul trebuie să scrie cuvântul-cheie. Apoi, trebuie să alipească imediat constructul locului sigur cu cuvântul-cheie, utilizând pentru aceasta facilitarea TABS.

După ce este atent la orice verbalizează clientul, clinicianul se poate muta imediat la a-l învăţa cum să utilizeze vizualizarea locului sigur pentru a facilita o administrare mult mai adaptativă la viitoarele situaţii potenţial stresante.

Shapiro (1995) a descris tiparul viitor ca un procedeu care permite clientului să facă „alegeri noi în viitor" (p.209). Acesta este terminat cu facilitarea TABS prin asamblarea vizualizării locului sigur cu un context aşteptat în viitor apropiat, implicând indivizi sau situaţii semnificative. Mai jos este dat un exemplu pe care îl poate utiliza un clinician:

Aş vrea să te învăţ acum cum să foloseşti noile tale abilităţi, vizualizarea locului sigur şi cuvântul-cheie, pentru a crea o experienţă mai adaptativă pentru tine în unele situaţii cu care te aştepţi să te întâlneşti în următoarele zile. Vom căuta o situaţie în care, având de-a face cu o persoană sau eveniment, îţi vei îmbunătăţi senzaţia interioară de securitate. Hai să lăsăm deoparte situaţiile în care, obiectiv, poţi fi nesigur, în care poate există un pericol extern iminent. Deci, mă întreb, ce situaţie te aştepţi să apară mâine sau poimâine, în care tu să te poţi simţi cât mai sigur în sinea ta?

Clientul poate genera un şir întreg de astfel de evenimente: să discute cu soţia/soţul despre un subiect delicat sau dificil, să participe la o întâlnire de afaceri, să-şi sune mama, să susţină un examen oral etc. Clinicianul trebuie să insiste a fi selectat un şablon viitor diferit.

III. Identificarea senzaţie-afect

Aceasta se referă la abilitatea de a recunoaşte un afect, în baza senzaţiilor fizice pe care le trăieşte clientul, pe măsură ce intră în posesia sau îşi structurează imaginea scenei-

ţintă. Aceste senzaţii fiziologice contribuie la reţinerea afectului. Odată ce clientul a achiziţionat abilitatea a treia, care îi permite să recunoască emoţia fricii, acesta devine capabil să înveţe cum să o tolereze.

Procedura pentru deprinderea III

Până în acest punct în protocol, clinicianul a ajutat clientul să se elibereze de gânduri dureroase, amintiri şi stări ale eu-lui şi emoţii asociate cu ele prin dezvoltarea deprinderii I, şi l-a asistat pe acesta în crearea unui loc sigur (deprinderea II) asociat cu cogniţia, sentimentul şi senzaţia de siguranţă. Cu acest fundament solid stabilit, AMTS trece la o altă etapă, în care clientulbeste învăţat să recunoască, să tolereze şi regleze o emoţie aleasă, la un nivel desemnat de intensitate. Tehnicile de recunoaştere a emoţiilor, de toleranţă şi de reglare sunt transmise de deprinderile III-VII şi constituie lecţiile directe ale protocolului privind managementul afectului. Există mai multe lecţii indirecte ce sunt transmise în acelaşi timp cu tehnicile clare.

Lecţiile indirecte sunt o componentă importantă în procesul AMST. În timp ce îşi perfecţionează tehnicile în protocol, clientul învaţă că poate alege o emoţie pe care să se concentreze şi să o experimenteze. Această lecţie indirectă susţine o schimbare în înţelegerea clientului legată de cauza emoţiilor. Mulţi clienţi cred că mediul, evenimentele sau oamenii sunt cauzele emoţiei şi că ei înşişi sunt neputincioşi în faţa a ceea ce simt şi când simt. Începând cu stabilizarea deprinderii III, clientul începe să se vadă ca un agent activ în influenţarea reciprocă dintre sine şi mediul social. De asemenea, stabilizarea deprinderii III mai demonstrează clientului că poate alege un nivel de intensitate pentru emoţia pe care alege să o experimenteze. Până în acest moment, dacă s-a gândit la emoţia de frică, de exemplu, a experimentat o frică intensă în asociere cu experienţe anterioare nefavorabile, nerezolvate sau traumatice. Clientul află că poate să-şi investigheze emoţiile, să le studieze şi să le înţeleagă, prin acesta demistificând lumea afectului. Află că poate să se cunoască, şi în acel moment începe să-şi dezvolte un simţ al auto-controlului.

Stabilirea deprinderilor III-VII determină identificarea afectului ţintă şi a scenei ţintă. Clinicianul îşi va ghida clientul prin deprinderile III-VII, ele fiind aplicate pe afectul ţintă. Învăţând deprinderile cu primul afect ţintă, clinicianul va sugera un al doilea

afect pentru focalizare şi îşi va ghida clientul prin deprinderi pentru a doua oară, aplicându-le pe noul afect indice. Prima trecere prin deprinderi va lua mai mult timp, pentru că persoana învaţă un set nou de tehnici. Cei mai mulţi clienţi îşi însuşesc repede setul, şi ulterior trecerile prin deprinderile focalizate pe un afect diferit sau pe o emoţie cer mai puţin timp.

Scena ţintă este o amintire evocată a unui eveniment sau a unui incident în care emoţia indicată a fost experimentată la un nivel scăzut de intensitate. Nivelul intensităţii este determinat folosind scara de unităţi subiective de neplăcere (SUD). Scara SUD permite clientului de a stabili nivelul intensităţii la care va experimenta afectul ţintă (dorit). Scenele evocate din memorie vor prezenta nivele diferite de intensitate pentru afectul circumscris. Ghidându-l pe client, clinicianul va sugera furnizarea unei scene în care emoţia indice a fost trăită la un nivel de intensitate, de obicei nu mai mult de 3 sau 4. TABS nu este folosit în procesul de amintire a unei scene dorite.

Instrucţiunile ce urmează folosesc la introducerea afectului ţintă şi a scării SUD. Se observă modul în care sunt structurate aceste instrucţiuni pentru a prezenta conceptul limitării nivelului intensităţii afectului înainte de a sugera o emoţie ţintă. În contextul diadei terapeutice, această structură creează siguranţă pentru client:

Acum că aţi construit un recipient, şi aţi dezvoltat un loc sigur, aţi stabilit un fundament solid pentru următoarea etapă a lucrării noastre. Ceea ce vreau să fac acum este să vă învăţ nişte deprinderi pentru a vă ajuta să recunoaşteţi emoţiile, să le toleraţi şi apoi să le reglaţi. Mulţi oameni care vin la terapie nu au fost învăţaţi aceste deprinderi în copilărie, şi neavându-le, întâmpină probleme mai târziu în viaţă. Aceste deprinderi vă vor ajuta să vă atingeţi scopurile pe care vi le-ţi propus în terapie.

Vom începe prin stabilirea unui nivel confortabil pentru emoţia pe care ne-am decis să lucrăm, un nivel care să nu fie copleşitor. Apoi vom alege o emoţie. Apoi am să vă rog să vă amintiţi un moment în care aţi simţit acea emoţie la un nivel scăzut asupra căruia ne-am pus de acord în prealabil. Vreau să vă dau o scară de clasificare acum pentru a ne asigura că vom atinge un nivel confortabil. Scara începe de la 0, care este neutru sau minim, la 10, care reprezintă celălalt capăt al scării. Vă rog să mergeţi acolo. Bun. Vom începe la un nivel scăzut, să spunem la 3 şi nu mai departe de 4. Voi sugera că vom începe prin concentrarea pe emoţia fricii, deoarece este o emoţie de bază pe care

mulţi oameni o simt. Mă întreb, puteţi să-mi spuneţi un moment în care aţi simţit frica la un nivel scăzut, de 3 sau 4.

Clinicianul ar trebui să înregistreze afectul stabilit şi informaţiile pe care le oferă clientul, relatând scena ţintă. Aceste informaţi vor fi esenţiale pentru a împrospăta imaginea şi pentru a obţine afectul ţintă prin procesul de învăţare a deprinderilor. Clinicianul ar trebui să redirecţioneze clientul în situaţia în care oferă o scenă ţintă ce poartă o „încărcătură" legată de existenţa unor persoane importante (de exemplu, părinţi sau parteneri), sau cu evenimente ce ar putea provoca un material prea traumatizant. De exemplu, un client ar putea oferi o scenă ţintă legată de mamă: *Da, mi-a fost frică într-o dimineaţă când mama m-a strigat şi a început să ţipe la mine despre planurile de vacanţă*".

Clinicianul poate răspunde: „*Eşti pe drumul cel bun, iar în acea dimineaţă a fost probabil un nivel scăzut de frică. Oricum ai o istorie de-o viaţă cu mama ta, şi o parte din ea ar putea conţine nivele mai mari de frică. Te rog să nu ajungi acolo. Bun. Nu vreau să le declanşezi pe acelea. Deci, îţi poţi aminti un moment în care ai simţit frica la un nivel scăzut, care să nu-l implice pe nici unul dintre părinţi?*".

De îndată ce clientul a produs o amintire a unei scene ţintă potrivită, clinicianul ar trebui să constate câteva detalii factuale ale scenei şi să le înregistreze.

Evocarea imaginii ţintă din memorie va provoca emoţia indice şi clientul o va retrăi cum a făcut în momentul în care evenimentul s-a întâmplat de fapt. Clinicianul va trece direct la deprinderea III, care ajută clientul să-şi identifice senzaţiile fizice care apar atunci când îşi aminteşte acea imagine. Deprinderea III este facilitată cu TABS, şi din nou clinicianul foloseşte semnalul ideomotor, care permite clientului un oarecare control al procesului. Instrucţiile generale pentru deprinderea III sunt după cum urmează:

TABS on: în timp ce te concentrezi pe scena ţintă (repetă descrierea scenei) şi îţi dai seama că simţi (numele afectului), devii conştient de senzaţiile care apar. Doar observă care sunt acele senzaţii şi unde anume în corpul tău le simţi, şi transmite-mi când devii conştient de ele, ridicând degetul arătător stâng. Bine. (Clientul ridică degetul arătător). TABS off: respiră profund, şi spune-mi ce ai simţit.

Clinicianul ar trebui să înregistreze senzaţia şi localizarea în corp în notiţele cazului sau pe schema de lucru. Fiecare client este diferit şi va avea propriul său stil de

exprimare în numirea senzaţiei conştientizate. In ceea ce priveşte afectul de frică indicat, cuvintele descriptive ale clientului pentru senzaţiile simţite de obicei transmit ideea tensiunii. Incordarea, agitaţia şi presiunea sunt exemple tipice. Dacă persoana întâmpină dificultăţi în numirea senzaţiei, clinicianul o poate ghida uşor pentru a o face. Numele senzaţiei este important şi nu ar trebui să treacă uşor peste, pentru că folosirea acestui cuvânt va sugera senzaţia şi poate fi folosit şi pentru a provoca senzaţia mai târziu şi pentru a discrimina afectul asociat, în acest caz frica, de alte afecte. În situaţia în care clientul a avut dificultăţi în numirea senzaţiilor, clinicianul poate oricând să repete instrucţiunile facilitate TABS pentru a-l ajuta să devină conştient de calitatea senzaţiilor şi pentru a le putea numi. Imediat ce senzaţiile şi localizarea lor în corp au fost identificate, clinicianul trece la instalarea unei percepţii ce combină afectul, senzaţia şi localizarea în corp. Se va descrie procesul instalării cunoaşterii deprinderii III.

Percepţia deprinderii III extinde o reţea neurală care constă iniţial în imaginea ţintă regăsită în memorie şi în emoţia indice ce i se asociază. Extinderea reţelei a început prin provocarea senzaţiilor asociate şi prin promovarea conştientizării acestora. Percepţia instalată acţionează pentru a extinde mai mult reţeaua neurală prin asocierea imaginii ţintă cu emoţia-indice şi cu senzaţiile asociate, într-o structură unitară mai complexă. Următoarele instrucţii generale sunt sugerate ca fiind o cale spre instalarea percepţiei:

TABS on: eşti în timpul scenei ţintă (repetă elementele descriptive ale scenei). Devii conştient că simţi acelaşi lucru (numeşte emoţia ţintă) pe care l-ai simţit atunci. Observi din nou senzaţiile din corpul tău ce însoţesc scena şi emoţia. Bine. Acum, te rog repetă după mine: (numele senzaţiei, de exemplu tensiunea) din (numele localizării din corp, de exemplu mâna) mea îmi spune că simt (numele afectului ţintă, de exemplu, frica)". Bine, lasă să fie atât de real pe cât se poate. TABS off respiră adânc. Eliberează-te, şi ce se întâmplă acum?

De îndată ce percepţia s-a instalat, clinicianul ar trebui să obţină o validare a procesului, pe baza scălii VoC.

Scala introdusă anterior (VoC) ar trebui folosită pentru a verifica (şi pentru clinician şi pentru client) faptul că persoana a dobândit deprinderea. În situaţia în care clientul susţine cu siguranţă că aceste senzaţii îi transmit faptul că simte emoţia indice, clinicianul poate trece la dezvoltarea unei metacunoaşteri şi va trece la următoarea

deprindere din setul AMST. Când clientul nu este capabil să ofere o validare completă, clinicianul ar trebui să aplice o serie de tehnici care vizează starea eului, pentru a depăşi aspectele problematice ce împiedică VoC să ajungă la 7. Urmează instrucţii generalizate pe care clinicianul le poate folosi ca o cale pentru a provoca evaluarea:

Eşti în scena ţintă (repetă elementele descriptive ale scenei), pe o scară de la 1 la 7, unde 1 este complet fals şi 7 complet adevărat, cât de adevărată este afirmaţia, „(Numele senzaţiei, e.g. nelinişte) în (numele localizării în corp, e.g. mâini), îmi spune că simt (numele afectului ţintă, e.g., frică)”.

Deprinderea III (identificarea afectului şi senzaţiei) construieşte legături între sistemele de procesare cognitivă şi cele de răspuns la evaluarea emoţiei. LeDoux (1996) a arătat că în timp ce evaluarea emoţiei şi sistemele de răspuns la emoţie sunt strâns corelate, sistemele de procesare cognitivă nu sunt strâns legate de sistemele de răspuns afectiv. Atunci când i se dă subiectului un consemn de tipul: "*Dă-mi imaginea unui moment când ai simţit frică la un nivel scăzut,*" sistemul mnezic declarativ al clientului este activat. În timp ce clientul expune verbal incidentul şi clinicianul cere mai multe detalii se activează sistemul mnezic (afectiv) implicit, producând o creştere a emoţiei şi senzaţiile fizice (*qualia*). Cortexul cerebral senzorial este antrenat atunci când clinicianul instruieşte clientul ("*Devină conştient de senzaţiile din corpul tău ce însoţesc imaginea*"). Din punct de vedere neurobiologic, aceast concept iniţiază construcţia unui circuit corticotalamic principal (LeDoux, 1996) ce va funcţiona ca o alternativă la circuitul secundar şi îi oferă clientului mai multe comportamente adaptate de răspuns la emoţie. Instruind clientul să devină conştient de senzaţii îndrumă sistemul cognitiv să fie atent, adică să fie conştient de ceea ce se întâmplă în sistemul afectiv.

Conştienţa emoţiei determină depăşirea nivelul limbic, probabil implicând emisfera stângă, atunci când clientului i se cere să perceapă emoţia indice prin repetarea consemnului: "*Aceste (numele senzaţiilor) din (localizarea în corp) îmi spun că simt (numele emoţiei)*".

Tipul senzaţiilor şi localizarea în corp ce însoţesc afectul de frică variază în funcţie de client. Un client a relatat o presiune în piept, dureri epigastrice sau mâini reci. Un altul a simţit o senzaţie profundă de tremur în zona toracelui, aproape de inimă. Frica poate fi însoţită de tensiune în umeri, în picioare şi în şezut pentru unii clienţi, în timp ce

un altul va simţi frica sub forma unei tensiuni în tot corpul, însă acutizată la nivelul obrajilor şi umerilor. Lista de senzaţii pe care le descriu clienţii este la fel de lungă ca şi lista de clienţi. Prin conectarea la qualia, fiecare client dezvoltă o experienţă emoţională unică, clinicianul trebuind să surprindă specificul şi unicitatea fiecărui client. Prin intermediul interviului inerent în protocolul AMST, clientul experimentează faptul de a fi "din ce în ce mai mult el însuşi", adică începutul procesului de diferenţiere (Bowen, 1978). Acest angajament de emoţie cu clientul oferă un beneficiu indirect foarte valoros şi pentru relaţia terapeutică, deoarece clientul devine pentru sine o persoană şi nu un diagnostic care vorbeşte doar despre o parte disfuncţională.

După ce a fost dezvoltat un afect şi o scenă ţintă şi după ce s-a achiziţionat cu succes deprindere III (identificarea relaţiei senzaţie-afect), clinicianul ar trebui să treacă la celelalte deprinderi, concentrându-se pe aceeaşi emoţie indice. Clinicianul poate să-l înveţe pe client întregul set de deprinderi cu afectul ţintă la un nivel scăzut înainte de a aduce acelaşi afect la un nivel mai intens. După ce a desăvârşit setul ţintă de deprinderi, de exemplu, afectul fricii mai întâi la un nivel scăzut şi apoi la un nivel mai intens, clinicianul ar putea să schimbe focalizarea pe un alt afect. Ordinea afectelor depinde de planul de tratament şi derivă din anamneză şi din obiectivele terapeutice. De obicei terapeutul schiţează o strategie terapeutică, punctând ordinea afectele-ţintă, dar evită o aderenţă servilă la acest plan. Clinicianul AMST ar trebui să dea dovadă de suficientă flexibilitate şi spontaneitatea dându-i voie clientului să ghideze lucrul. Important este important să se acopere toate afectele cheie în faza AMST din terapie: frica, furia, supărarea, durerea, spaima, ruşinea, dezgustul.

Atunci când un client manifestă o emoţie şi o verbalizează, clinicianul experientat ar putea să ia o pauză scurtă în progresia deprinderilor din protocol şi să-l ajute pe client să perceapă emoţia plenar şi să înveţe să-i facă faţă.

Deoarece s-a sugerat începerea AMST cu afectul de frică, este important de subliniat şi excepţie de la „regulă”. Excepţia apare în situaţia în care clientul simte o emoţie puternică în momentul în care se începe terapia. Acesta este un caz specific în care procesul emoţional clientului ar trebui să ghideze activitatea. Dacă persoana verbalizează o emoţie şi/sau o manifestă comportamental cu intensitate, terapeutul va lucra pe acea emoţia, învaţându-l pe client deprinderile de bază, folosind ca afect ţintă

ceea ce clientul simte în acel moment într-o scenă ţintă. De exemplu, în timp ce clinicianul îşi pregăteşte clientul pentru deprinderile III-IV, el ar putea observa că acesta pare trist, poate din cauză că obrajii săi sau înroşit pe moment sau ochii lăcrimează. El ar trebui să verifice dacă persoana simte într-adevăr ceea ce crede el, întrebând: *„Mă întreb ce simţi acum? Mi s-a părut că-ţi văd obrajii roşii pentru o clipă şi se pare că ochii ţi s-au umezit. Ce se întâmplă cu tine?”.* Clientul ar putea răspunde: *„Oh, mi se pare trist că sunt aici, am 26 de ani şi trebuie să învăţ despre sentimente, deoarece nimeni nu m-a învăţat când eram copil...”.*

Clinicianul ar trebui să se adapteze la situaţie:

TABS On: *Să ne concentrăm asupra a ceea ce ai simţit acum câteva clipe. Eşti în cabinetul de terapie. Ochii ţi s-au umezit, şi obrajii ţi s-au înroşit. Îmi spui că te simţi trist, că ai 26 de ani şi nimeni nu te-a învăţat despre emoţiile tale când erai copil. În timp ce te vezi în acea scenă, te rog să devii conştient de senzaţiile din corpul tău. Bine. Nu te grăbi, şi dă-mi de ştire când le-ai conştientizat prin ridicarea degetului arătător de la mâna stângă. Bine (clientul ridică degetul). TABS Off: Inspiră adânc. Expiră şi spune-mi ce ai simţit.”*

După ce clientul şi-a dobândit setul de deprinderi AMST, folosind mânia ca un afect ţintă, emoţia următoare pe care clinicianul ar putea-o sugera este furia. Clientul cunoaşte acum procesul şi a învăţat deprinderile şi de aceea clinicianul ar putea spune:

Acum că ai învăţat procesul AMST pentru frică, să ne întoarcem atenţia spre o altă emoţie pe care o simt deseori oamenii, furia. Spune-mi când îţi aminteşti să o fi simţit la un nivel moderat, să zicem de 4 sau 5?

După ce s-a desfăşurat o scenă ţintă pentru afectul indice de mânie, clinicianul continuă conform protocolului care a fost deja prezentat. Cu facilitarea TABS, clientul este asistat să-şi descopere senzaţiile ce însoţesc mânia, apoi să implementeze percepţia pozitivă şi cogniţia pozitivă. Conştientizarea furiei este de multe ori o experienţă nouă pentru clienţi, deoarece sistemele familiale şi suprasistemele sociale interzic exprimarea acesteia. Drept rezultat, ei acumulează o încărcătură mare de emoţie refulată, pe care simt că nu o mai pot gestiona; drept urmare, o refulează din ce în ce mai mult, uitând că există şi o modalitate adaptativă de a trăi şi exprima furia.

Această furie cronică poate avea efectul de a bloca abilitatea clientului de a o

folosi într-o manieră sănătoasă. Deseori clienţii poartă o povară de mânie neexprimată, deoarece intenţia de a o exterioriza a fost negată sau pedepsită într-un anumit moment din trecut. Mânia este menţinută într-o formă excitatoare, în care este mai predispusă să fie provocată, în comparaţie cu alte emoţii. Această formă afectivă negată blochează exprimarea agresivităţii sănătoase care foloseşte sinelui.

Aceeaşi procedură se aplică pentru toate afectele pe care clientul nu ştie să le gestioneze cu suficientă eficienţă.

IV. Senzaţia ca semnal

Abilitatea IV (senzaţia ca semnal) leagă afectul-senzaţie identificat de desfăşurarea unei imagini de legătură la pământ, o vizualizare a conexiunii dintre client şi pământ. Această imagine permite clientului să rămână legat la pământ prezent în timp ce experimentează emoţia-indicator.

Termenul *procesare rapidă* se referă la calea descendentă a lui Le Doux, o rută directă de la receptorii perceptivi, prin talamus, la amigdală. (LeDoux, 1996). Calea talamică este rapidă deoarece este directă. Deprinderea IV, până la VI, continuă procesul de construire a unei rute ascendente care include cortexul perceptiv, creând o alternativă la ruta descendentă. Scopul acestei căi ascendente este de a preveni răspunsurile psihologice nedorite asociate emoţiilor. LeDoux a explicat că ruta corticală funcţionează pentru a preveni răspunsurile inadecvate. Instalarea unei căi ascendente, care implică cortexul, intervine în componentele psihologice ale răspunsului afectiv. Descărcate în nucleul central al amigdalei, emoţiile corporale au ecou de la un capăt la altul al sistemului psihologic (LeDoux, 1996). Construirea căii ascendente, prin învăţarea AMST, ajută clientul să intervină în ceea ce anterior era un răspuns emoţional automat prin care frica devine teroare sau mânia atinge nivelul turbării. Vizualizarea legăturii la pământ furnizează un înţeles imagistic prin care clientul poate sta în momentul prezent un timp suficient pentru a activa componentele corticale accesate de setul deprinderii.

Procedura pentru abilitatea IV *(senzaţia ca semnal)*

Următoarele instrucţiuni pot fi utilizate pentru a explica modul cum persoanele atrase în procesarea rapidă deseori vor acţiona necontrolat, prin activarea unor

comportamente impulsive, de inadaptare:

Acum, când ai identificat modul în care corpul tău îţi transmite mesajele legate de faptul că simţi frica la un nivel scăzut, următoarea noastră sarcină este de a dezvolta o imagine care îţi va permite să rămâi legat la pământ şi prezent în timp ce simţi această emoţie. Învăţând să rămâi legat la pământ şi prezent, înveţi să tolerezi emoţia. Scopul nostru final este de a gestiona emoţiile neplăcute dar, înainte de a putea face asta, este necesar ca, în primul rând, să înveţi să recunoşti emoţia şi apoi să o tolerezi. Abilitatea pe care aş dori să o înveţi acum te ajută să rămâi legat la pământ şi prezent în timp ce trăieşti o emoţie. Deseori, oamenii acţionează necontrolat, impulsiv, atunci când simt o emoţie negativă puternică. Aceasta, deoarece există o rută neuronală directă, care leagă senzaţia de frică sau furie de un răspuns comportamental reactiv, fără a mai fi trecut prin filtrul raţiunii. Ceea ce vom face aici este construirea unei noi rute care te va ajuta să eviţi conduita extremă. Primul pas în construirea noii rute constă în a dezvolta o imagine de împământare.

Resursa de împământare constă, simplu, într-o imagine a conexiunii între sine şi pământ. După ce explică utilitatea vizualizării, clinicianul va cere clientului să furnizeze propria imagine a acestei conexiuni. TABS nu va fi utilizat pentru a evoca imaginea. Clinicianul va dori să folosească limbajul care dă clientului permisiunea de a dezvolta imaginea personală, unică, a vizualizării legăturii la pământ, în acelaşi timp făcând sugestii prin exemple de calităţi necesare respectivei imagini. Calitatea esenţială a imaginii constă în faptul că permite clientului să rămână legat la pământ şi prezent.

Unii dintre clienţi pot vizualiza ghete magnetice care folosesc câmpul gravitaţional al pământului, alţii utilizează imagini ale unpr rădăcini înfipte în pământ, care dau vlăstari în jos, în pământul de sub tălpile lor. Unii clienţi se văd stând pe pământul gol, cu mâinile şi genunchii pe sol, conectarea făcându-se prin vârful degetelor şi prin palme. Cu adolescenţii şi clienţii care au dificultăţi de vizualizare, se pot utiliza desene sau modelaje.

Clientul va învăţa în terapie resursa de împământare pentru a fi capabil să tolereze afectele şi emoţiile generate prin reamintirea scenei-ţintă în care afectul-ţină a fost experientat. Clientul colectează din nou scena-ţintă *în şedinţe*, şi recolecţionează, din nou, din imaginea produsă, afectul-ţintă şi senzaţiile asociate, pe moment, în sesiune. Atunci

când clientul vizualizează desfăşurarea unei imagini de împământare, el face aceasta *în sesiune*, în timp ce reţine în minte imaginea-ţintă. Ceea ce el va fi învăţat să tolereze este afectul produs de sistemul de memorie emoţională care este atrasă din memoria explicită, prin reamintirea incidentului.

Odată ce clinicianul şi clientul au căzut de acord asupra vizualizării pentru resursa de împământare, poate fi folosit următorul consemn pentru a dezvolta şi instala imaginea:

Clinicianul: Acum, că ţi-ai făcut o imagine de legare la pământ, hai să o dezvoltăm şi să identificăm senzaţiile care o însoţesc. TABS deschis. Vezi coarda ta de lumină, precum un cablu de fibră optică, ataşată de vârful coloanei tale vertebrale. Poţi să tragi de ea pentru a te asigura că este ferm conectată. Acum, lasă coarda să meargă în jos, direct în jos, prin scaun, prin podea, până în centrul pământului. O vezi ataşându-se acolo. Trage de ea ca să te convingi că e bine conectată. Bine. Acum, aş vrea doar să notezi senzaţiile din corpul tău care acompaniază această vizualizare de a fi legat la pământ şi prezent. Ia-ţi tot timpul de care ai nevoie. Când le ai, anunţă-mă prin ridicarea degetului arătător stâng. Bine. [Clientul ridică degetul arătător.] TABS închis. Respiră adânc. Expiră şi spune-mi, ce ai simţit?

Clinicianul trebuie să obţină o auto-evaluare de la client, cu privire la validitatea cogniţiei pozitive (PC): *„Aceasta [numele senzaţiei] în a mea/al meu [localizarea corporală] îmi spune că sunt legat la pământ şi prezent*".

V. Legătura cu prezentul

Această abilitate completează ceea ce s-a învăţat la pasul anterior, realizând asocierea emoţie- imagine a împământării cu o cogniţie de tipul: *„Pot rămâne conectat la prezent, în timp ce simt frica"*.

Procedura pentru abilitatea V *(legătura la pământ şi prezent)*

Abilitatea V este construită pe fundaţia abilităţile anterioare: afectul-ţintă, scena-ţintă, vizualizarea împământării, deprinderea III (identificarea senzaţiei-afect) şi deprinderea IV (senzaţia ca semnal). Clinicianul ghidează clientul în asamblarea acestor componente şi apoi le cimentează prin faptul că îi cere acestuia să repete cogniţia pozitivă

a abilităţii V: „*Pot rămâne legat la pământ şi prezent în timp ce simt (afectul-ţintă)*”.

Repetiţia este un element important în protocolul AMST. Clinicianul trebuie să-şi reamintească faptul că ajută clientul să construiască noi reţele neuronale, iar repetarea facilitează acest proces.

Clinicianul poate da clientului următoarea instrucţiune: „*Realizează că, păstrând vizualizarea împământării în timp ce te vezi în scena-ţintă, într-adevăr eşti legat la pământ şi prezent*.” Apoi, el poate instala cogniţia pozitivă a abilităţii V, punând clientul să repete: „*Pot rămâne legat la pământ şi prezent în timp ce simt (numele afectului-ţintă).”* Ceea ce urmează este limbajul general pentru dezvoltarea şi instalarea abilităţii V a oricărui afect-ţintă:

TABS deschis. Te vezi în scena în care simţi [numele afectului-ţintă]. *În această scenă* [se descrie scena-ţintă utilizând limbajul şi imaginile clientului]. *Devii conştient de* [numele senzaţiei] *în al tău* [localizarea corporală] *care îţi spune că te simţi* [numele afectului]. *Aceste senzaţii semnal îţi aduc în minte imaginea de legatură cu pământul.Bine. Simţi senzaţia contactului ferm cu pământul, care te anunţă că eşti legat la prezent. Acum, devii conştient că poţi rămâne legat la pământ şi prezent în timp ce simţi* [numele afectului-ţintă]. *Te rog să repeţi după mine: „Pot să rămân legat la pământ şi prezent în timp ce simt* [numele afectului-ţintă]*.”* [Clientul repetă verbalizarea.] *Bine. TABS închis. Respiră adânc. Expiră. Bine. Ce-ţi vine în minte, acum?*

După ce ascultă cu atenţie clientul, clinicianul trebuie să solicite o evaluare a succesului procedurii. Poate fi utilizat următorul instructaj:

Haide să verificăm progresul nostru. Păstrând imaginea cu scena-ţintă şi vizualizând imaginea legăturii cu pământul, pe o scală de la 1 la 7, unde 1 este fals şi 7 este adevărat, cât de adevărată este afirmaţia: „Pot rămâne legat la pământ şi prezent în timp ce simt [numele senzaţiei]*”?*

VI. Poziţia de observator

Această abilitate învaţă clientul să se detaşeze de imagini, amintiri, gînduri şi senzaţii care însoţesc afectul din cadrul scenei-ţintă. Anterior, clienţii se identificau total cu aceste modalităţi afective, comportându-se ca şi cum ar fi propriile lor emoţii. Abilitatea a şasea se constituie în baza celei de-a treia, a patra şi a cincea. Când clientul a

pus în aplicare abilitatea a patra, resursa bazală, şi a afirmat, prin abilitatea a cincea, capacitatea sa de a rămâne conectat la prezent în timp ce trăieşte afectul-ţintă, acesta poate acum „remarca" gîndurile, amintirile, şi afectele asociate cu afectul-ţintă din poziţia de observator. Această poziţionare faţă de rezultantele minţii sale promovează disocierea de materialul amintit; abilitatea permite clientului să iasă în afara problemei şi să o observe, creând astfel un context mai larg al situaţiei. Crearea unui context mai larg extinde structura sinelui.

Procedura pentru abilitatea VI *(poziţia de observator)*

Abilitatea VI se referă la capacitatea clientului de a se observa pe sine însuşi de pe o poziţie detaşată. Abilitatea prezintă elemente comune cu noţiunea de „dualitate hipnotică" (Nadon, D'Eon, McConkey, Laurence, & Perry, 1988; Spanos, de Groot, Tiller, Weekes, & Bertrand, 1985) în care subiecţii supuşi regresiei hipnotice au raportat că se simt deopotrivă copil şi adult, privindu-se pe ei înşişi în timpul regresiei de vârstă. Capacitatea dezvoltată prin abilitatea de a fi observator a fost, de asemenea, denumită „observarea sinelui" sau „a fi martor la sine". Wolinsky (1991) utilizează termenul de *asistare* procesului promovat în abilitatea de auto-observare. Acesta sublinia faptul că „în momentul în care ai păşit în afara problemei pentru a observa, ai creat un larg context pentru sensul şi soluţionarea ei" (p.61). În acord cu Wolinsky, asistarea este o experienţă unificatoare, care se opune disocierii neuropsihismului. El explică faptul că în asistare „accentul este plasat pe conştienţa şi conştiinţa de sine, facilitate de poziţionarea psihică în spatele activităţilor în curs" (p. 62). Abilitatea de notificare promovează detaşarea, o capacitate ce contracarează prinderea în plasa experienţei a multor adulţi-copii a căror părinţi au fost absorbiţi de sine (Brown, 2001). Mulţi indivizi par a nu fi capabili să-şi observe sinele, sub formă de gânduri, simţuri, percepţii, emoţii. Este posibil ca această calitate de absorbire de sine să fie echivalentă cu absenţa abilităţii de a-şi observa sinele. Acest lucru apare când un individ lipsit de abilitatea de a se observa, trebuie mai întâi să achiziţioneze capacitatea de a rămâne legat la pământ şi prezent, înainte ca abilitatea să poată fi căpătată. Această abilitate contribuie semnificativ la structurarea sinelui.

Încurajarea este extrem de folositoare în această etapa a terapiei deoarece clienţii pot simţi disconfort atunci când sunt rugaţi să păstreze o emoţie negativă. În mod

obişnuit, nervozitatea sau tristeţea ating faza acută, deoarece clientul este rugat să menţină vizualizarea resursei de împământare în timp ce experimentează nivelul scăzut al emoţiei disturbatoare şi apoi „doar notează" gânduri, senzaţii, imagini, amintiri, impulsuri şi comportamente asamblate cu scena-ţintă.

Următoarele instrucţiuni generale furnizează un cadru general pentru abilitatea VI.

TABS deschis. *Te vezi în* [se descrie scena-ţintă]. *Devii conştient de* [numele senzaţiilor] *în al tău/a ta* [localizarea corporală] *care îţi spun că te simţi* [numele afectului*]. Aceste senzaţii îţi semnalizează să-ţi utilize*zi [numele imaginii de împământare]. *Te vezi folosind-o. Bine. Simţi* [numele senzaţiei şi localizarea corporală] *care te anunţă că eşti legat la pământ şi prezent. Realizezi că poţi rămâne legat la pământ şi prezent în timp ce simţi* [numele afectului-ţintă]. *Acum, realizezi mai departe că poţi doar observa ceea ce simţi* [numele afectului-ţintă]. *Tu poţi doar privi* [se enumeră cogniţiile, afectele, senzaţiile, amintirile, etc.]. *Bine. Acum, te rog să repeţi după mine „Pot doar să observ că simt* [numele afectului-ţintă]." [Clientul repetă cogniţia pozitivă.] *Bine.* TABS închis. *Respiră adânc. Expiră şi spune-mi, ce-ţi vine în minte, acum?"*

După ce ascultă cu atenţie ce spune clientul, clinicianul poate solicita o evaluare personală pentru validarea cogniţiei pozitive, prin întrebarea: *„Păstrând imaginea scenei-ţintă, pe o scală de la 1 la 7, unde 1 este fals şi 7 adevărat, cât de adevărată este afirmaţia <<Pot doar să observ că simt [numele afectului-ţintă]>>"*. Valoarea pe scala VoC indicată de client trebuie înregistrată.

VII. Reglarea

Abilitatea VII furnizează clientului imaginea unor procese de auto-reglare. Există două tipuri majore de reglare, unul care acţionează în direcţia diminuării intensităţii emoţionale (mecanisme de feedback negativ) şi unul care conduce la intensificarea emoţiilor (prin mecanisme de feedback pozitiv). Prin facilitarea furnizată de TABS, clientul învaţă să diminueze intensitatea unei emoţii negative precum frica, sau să intensifice bucuria.

4.3. Un model psihoterapeutic feminist-sistemic de intervenţie în cazurile cuplurilor violente

4.3.1. Introducere

O dată ce terapia de cuplu şi familie şi-a extins şi îndeplinit scopul prin aducerea unor probleme sociale precum violenţa, abuzul asupra copiilor, incestul, în cabinetul de terapie, aspectele violente din viaţa intimă au devenit din ce în ce mai vizibile. Acest fapt a condus la dezbateri puternice în legătură cu modalitatea de a gândi, organiza şi conduce procesul terapeutic cu aceste categorii de clienţi.

Vom prezenta un model metateoretic (forma revizuită a materialului publicat în Turliuc și Tobolcea (coordonatori), *Violența în familie: între stigmatizate, acceptare socială și intervenție terapeutică*, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza", Iaşi, 2008) care încorporează diferenţele de gen în ideile de bază ale terapiei de cuplu şi familie, derulat în cadrul Institutului Ackerman de Goldner et *al*. (1990) care şi-au asumat o dublă viziune: înțelegerea caracteristicior şi diferenţelor de gen în ceea ce privește violența domestică şi o abordare dublă: cea feministă şi cea sistemică. Aceste perspective i-au îndrumat către o viziune susţinută de cercetările timpurii şi anume, cea conform căreia relaţiile în care femeile sunt abuzate nu sunt unice, singulare, ba mai mult, viziunea exemplifică îndeaproape stereotipurile de gen care structurează relaţiile intime dintre bărbaţi şi femei în general. Speranţa autorilor a fost că, dacă am putea renunţa la premisele nefuncţionale despre gen şi putere care întăresc aceste relaţii periculoase, am putea întrerupe cercul violenţei şi am putea ajuta ca relaţiile amoroase să devină mai sigure pentru femei şi mai puţin ameninţătoare din perspectiva bărbaţilor.

Autorii au încercat să depăşească unele puncte de vedere reducţioniste asupra bărbaţilor ca simpli abuzatori şi asupra femeilor care se complac în propria lor victimizare prin simplul fapt că nu părăsesc relaţia de cuplu violentă. Această perspectivă cataloghează bărbatul ca pe un simplu tiran iar femeia ca fiind masochistă, ipostaze ce îi privează pe amândoi de valenţele umane, păstrând în acelaşi timp totuşi o fărâmă de adevăr.

Cu scopul de a analiza mai profund acest gen de relaţii, Goldner et *al*. (1990) au

decis să se testeze în primul rând pe ei înşişi, pentru a vedea dacă este posibil să menţinem această poziţie "dublă" în terapia cuplurilor care se confruntă cu problema violenţei. *Am putea privi problema violenţei din ambele perspective? Ce ar putea ajuta în stoparea violenţei? Cum s-ar putea traduce, din perspectivă clinică, acesată dublă ipostază? Este congruentă intervenţia terapeutică cu poziţia feministă asupra violenţei? Se poate interveni eficient, menţinându-se, acelaşi timp, poziţia sistemică?*

Selectând cupluri ai căror parteneri au dorit să participe la terapia (comună) de cuplu, terapeuţii şi-au asumat unele riscuri pe deplin cunoscute. Dintr-o perspectivă atât profesională cât şi politică, există multiple argumente puternice care susţin că utilizarea în terapie a grupurilor de agresori şi a grupurilor suport pentru victimele violenţei conjugale, reprezintă cea mai indicată *strategie terapeutică*. Totuși, psihoterapia de cuplu este posibilă, dacă sunt depășite câteva aspecte sensibile ridicate de terapia cazurilor de violență domestică:

1. depăşirea viziunii reducţionistă a circularităţii disfuncţionale a cuplului violent în care agresorul/barbatul este considerat un tiran fără scrupule iar femeia maltratată o victimă masochistă. In terapie se creează circularitatea responsabilităţii : agresorul este responsabil de violenţă şi intimidare iar victima este responsabilă pentru protejarea propriei persoane şi a copiilor.
2. modul de definire a problemei: există o problemă comună care necesită a fi rezolvată şi aproape inevitabil trimite către o responsabilizare mutuală a celor doi parteneri (după principiul sistemic). Această construcţie neagă însă realitatea socială conform căreia bărbatul este mai puternic decât femeia, distorsionare care anulează efectul procesului terapeutic (după principiul feminist). De aici paradoxul terapeutic: dacă partenera s-ar comporta ca şi cum ar fi egala bărbatului, exprimându-şi opiniile şi sentimentele în mod liber, s-ar supune unui pericol ulterior sesiunii terapeutice (Rubin, 1978). Dacă se protejează atât pe sine cât şi relaţia, pe care din anumite motive doreşte să o menţină, terapia este neautentică şi fără valoare.
3. acceptarea contractului terapeutic prin care violenţa fizică este total interzisă în timpul procesului terapeutic (învăţarea tehnicii time-out).
4. clarificarea relaţiei de semi-confidenţialitate

5. elucidarea posibilelor mesaje contradictorii pe care partenerii le-ar putea primit cu privire la procesul terapeutic (avertismente puternice împotriva terapiei de cuplu, presiuni familiale cu privire la menţinerea sau disoluţia cuplului etc.)
6. invitarea în terapie a familiei de origine
7. separarea femeii victime de partenerul agresor atunci când considerăm că acest lucru se impune în vederea protejării sale şi eficientizării procesului therapeutic

Subiecţii, bărbaţi şi femei, proveneau din din toate segmentele societăţii americane, fiind arhitecţi, profesori, artişti, asistenţi sociali, mici întreprinzători, şomeri, "bolnavi mental" şi alte persoane cu disabilităţi psihice şi sociale severe, familii cu un nivel ridicat de trai. Pentru unii dintre clienţi, aceasta a fost prima lor experienţă terapeutică (sau prima în care au adus în atenţie problema violenţei în relaţia de cuplu), alţi subiecţi făcând parte deja din "sistem", incluzând adăposturi, grupuri de agresori, instanţe de judecată etc. În unele cazuri, principalul factor declanşator în producerea şi menţinerea violenţei a fost abuzul de substanţe; alte relaţii nu au avut la bază utilizarea drogurilor sau a alcoolului, ori utilizarea lor moderată nu a constituit un factor declanşator în apariţia acestei probleme.

Deşi aceste diferenţe în mod evident au modificat poziţia de intevenţie şi strategia,s- au evidenţiat mai multe *puncte comune* decât diferenţe cu privire la *structura psihică a agresorilor* şi tocmai aceste puncte comune urmează a fi dezbătute şi prezentate în materialul de faţă.

Din acest motiv, în contextul prezenţei acestor categorii de subiecţi şi a acestor întrebări şi idei, autorii au încercat să clarifice şi să redefinească multe dintre acele întrebări şi dileme timpurii. Rezultatele muncii lor se sintetizează sub forma următoarelor idei:

1. S-a pornit de la recunoaşterea faptului că diferenţele de gen constituie o realitate socială şi că femeile care sunt abuzate de către bărbaţi devin victimele lor. Comportamentele lor formează patternuri reciproce şi complementare care creează ciclul violenţei domestice.
2. De pe un nivel etic, deontologic, agresorul este considerat responsabil de violenţă şi intimidare, iar victima responsabilă pentru protejarea propriei

persoane,.

3. Controlul social este necesar pentru stoparea violenţei deoarece violenţa este un act criminal pentru care sancţiunile legale sunt necesare şi potrivite.

Goldner et *al*. (1990) şi-au adresat în acelaşi timp o nouă întrebare de ordin moral: pentru a cerceta psihologia actelor violente şi a relaţiilor agresive de cuplu, nu am dat din nou posibilitatea agresorilor de a se manifesta violent? În punerea ambilor parteneri pe poziţii egale, întrucât fiecare are o psihologie aparte, nu i-am făcut automat părţi ale unei relaţii periculoase pe care nu o considerăm egală? Răspunsul a fost evident, nu.

Prin urmare, Goldner et *al*. (1990) au decis să păstreze poziţia dublă, argumentând că un anumit nivel al descrierii şi explicitării fenomenului nu îl exclude automat pe celălalt. Pentru a afirma că violenţa, dominarea, subordonarea şi victimizarea sunt aspecte care ţin de psihologic, nu înseamnă că ele nu se înscriu în acelaşi timp şi în categoria materi moralului sau legalului. Cu alte cuvinte, dezvoltarea unei explicaţii psihologice a violenţei nu presupune ruperea de alte puncte de vedere explicative.

În altă odine de idei, violenţa poate fi explicabilă, dar nu poate fi scuzată şi poate sau nu fi iertată. Acest fapt depinde numai de victimă. Pentru psihoterapeuţi, ceea ce contează este sensul oferit circumstanţelor care produc violenţă, în aşa fel încât părţile implicate în procesul terapeutic să conlucreze la înlăturarea patternurilor agresive şi implicit la stoparea violenţei.

Un demers util din punct de vedere clinic presupune înţelegerea agresivităţii masculine ca fiind un instrument şi simultan un act de manifestare. Instrumentalitatea sa constă în faptul că violenţa reprezintă o puternică metodă de control social. Un bărbat îşi poate impune voinţa şi extinde aria privilegiilor şi a drepturilor într-o relaţie, abuzându-şi sau lovindu-şi soţia. Eventual, tot bărbatul îşi poate impune punctul de vedere printr-o tonalitate mai crescută sau printr-o anumită expresivitate a feţei. Din acest punct de vedere, violenţa este o strategie de intimidare în slujba dominaţiei masculine, o strategie pe care un bărbat o alege în mod conştient. De pe un alt nivel, violenţa poate fi înţeleasă sub forma unui act impulsiv de manifestare. Adesea este resimţită de bărbat ca fiind o experienţă represivă la adresa femeii, finalizată cu un anumit sentiment al pierderii. Considerăm că ambele variante sunt adevărate: agresivitatea masculină este atât un

impuls de putere cât şi o strategie conştientă de control, înspăimântare şi confiscare a puterii femeii victime, în lupta dintre ei.

Aceste două puncte de vedere constituie părţi ale unei matrici explicative a acestor relaţii periculoase, dominate de trăiri cintradictorii ca dragostea şi ura, controlul şi dependenţa, remuşcarea şi cinismul.

Modelul lui Goldner et *al.* (1990) îmbină mai multor abordări terapeutice: psihodinamice, a învăţării sociale, sociopolitice şi sistemice. *Aspectul psihanalitic* implică incursiuni asupra unor idei, credinţe şi reprezentări interne a sinelui şi a celorlalţi, care uneori sunt în afara ariei de cercetare, dar care, în momentul analizei profunde a situaţiei problematice, constituie premise importante pentru înţelegerea acestor legături agresive în relaţiile de cuplu. *Dimensiunea învăţării sociale* se focalizează asupra modului în care aceşti subiecţi particulari şi-au socializat poziţiile specifice genului. La *nivel sociopolitic*, sunt incluse toate aspectele politice externe diferenţiatoare între bărbaţi şi femei, poziţia subiectivă a bărbaţilor cu privire la drepturi, privilegii şi permisiunea de a conduce femeile, precum şi poziţia subiectivă a femeilor conform căreia trebuie să servească bărbaţii. În cele din urmă, *la nivel sistemic,* autorii evaluează secvenţele tranzacţionale, în special tehnicile de feedback pozitiv care întăresc cercul vicios al violenței și care sunt cauze imediate ale escaladărilor agresivității verbale și fizice, dar și a procesului circular negativ care cuprinde familiile de origine ale membrilor cuplului conflictual, cadrul terapeutic şi servicii sociale care constituie un sistem de menţinere a problemei.

4.3.2. O perspectivă feministă asupra agresivităţii în cuplu

Privind din perspectiva teoriei feministe, Goldner et *al.* (1990) au examinat caracteristicile de gen ce definesc o relaţie în care femeia este supusă abuzului psihologic. Analizând factorii care conduc la violenţa manifestată de bărbaţi asupra partenerelor lor, precum şi cei care susţin atitudinea delăsătoare a femeilor victime cu privire la propria lor siguranţă, s-au clarificat o serie de aspecte referitoare la structura relaţiilor bărbaţi-femei în condiţiile sociale prezente.

Studiul a pornit de la anumite aspecte teoretice cumulate de-a lungul celor douăzeci de ani de şcoală feministă şi de la premisa de bază că genul este o categorie

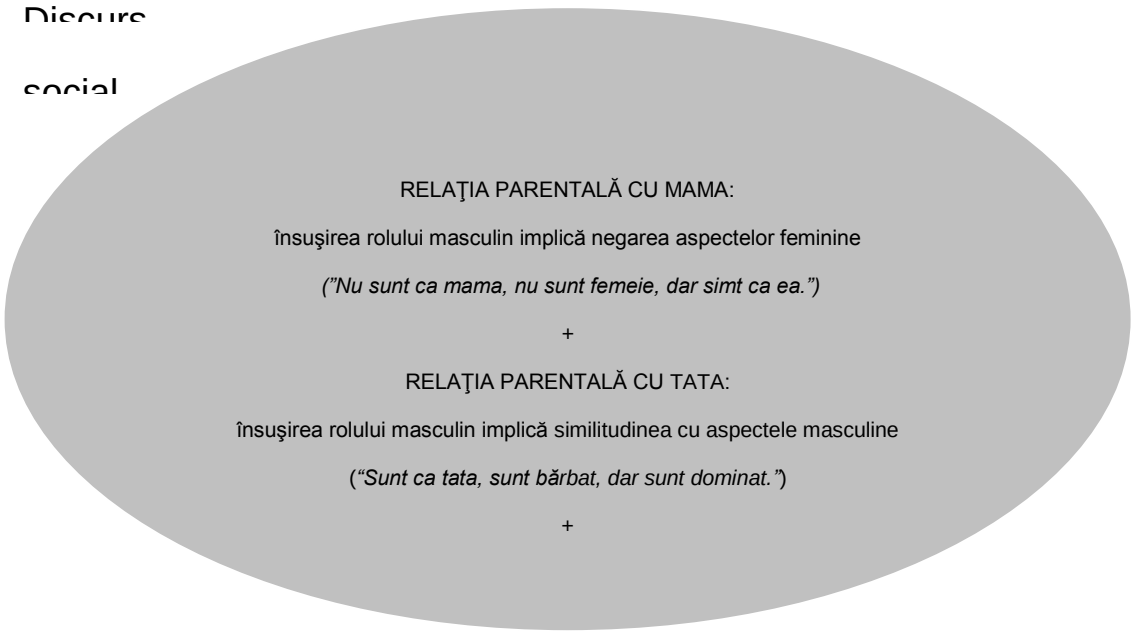
metapsihică care, în orice cultură, prescrie o divizare artificială a lumii în masculin şi feminin. Majoritatea limbilor sunt elaborate în funcţie de gen; toate elementele semnificative ale lumii sociale, naturale şi spirituale sunt diferenţiate lingvistic în funcţie de gen; mitologiile diferitelor culturi scot în evidenţă simboluri specifice fiecărui gen. Astfel,construcţia genului şi a diferenţelor de gen este nu doar un proces psihologic cu rol social; este în acelaşi timp un principiu universal al vieţii culturale care se manifestă în sine în psihologia individuală, contextul metapsihic şi ideologia socială.

Într-un articol clasic, antropologul feminist Rubin (1978) menţiona*: "Diviziunea muncii în funcţie de sex poate fi privită ca un tabuu prin care bărbaţii sunt diferenţiaţi net de femei, tabuu care divide sexele exclusiv în două categorii şi mutual crează genul….departe de o exprimare a diferenţelor naturale, identitatea de gen exclusivă suprimă similaritătile naturale."*

Această interdicţie cu privire la similaritătile dintre genuri operează silenţios şi puternic în relaţiile dintre bărbaţi şi femei. Structura patriarhală a puterii şi privilegiile sociale de care bărbatul beneficiază, îl îndreptăţesc pe acesta să experimenteze umilinţa asupra partenerei şi pedeapsa asupra acesteia, dacă îndrăzneşte să conteste prerogativele şi poziţia masculină.

Teoriile contemporane cu privire la dezvoltarea identităţii de gen definesc "genul" ca fiind o structură psihică profund internalizată. O prezumţie ar fi că achiziţiile de gen reprezintă mai degrabă un proces de învăţare socială decât o exprimare şi manifestare a unui dat natural. Mai mult decât atât, cercetările recente subliniază faptul că identitatea de gen se stabileşte şi se consolidează între 12 şi 23 de luni; mai devreme decât a putut fi demonstrat, a devenit evident faptul că dezvoltarea identităţii de sine şi achiziţiile de gen sunt interiorizate la o vârstă timpurie. Cu alte cuvinte, personalitatea şi identitatea de gen se dezvoltă împreună, co-evoluând şi determinându-se reciproc. În acest sens, genul nu este doar o "achiziţie" a copilului, ci creează şi un conflict al reprezentării de sine şi a ceea ce va deveni copilul. Contextul social al acestui proces este definit de către teoreticienii identităţii de gen (Chodorow, 1978) în termenii unui fenomen de *"asimetrie parentală"*. Din moment ce femeile sunt principalele persoane care se ocupă de creşterea, îngrijirea şi educarea copiilor, atât băieţii cât şi fetiţele trebuie să-şi iniţieze procesul de formare şi definire a personalităţii, definindu-se pe sine într-un context în care

relaţionează exclusiv cu o persoană feminină. Acest scurt episod social în care bărbaţii deţin în mod tradiţional un rol marginal, este considerat a avea consecinţe decisive în crearea şi dezvoltarea personalităţii de gen.

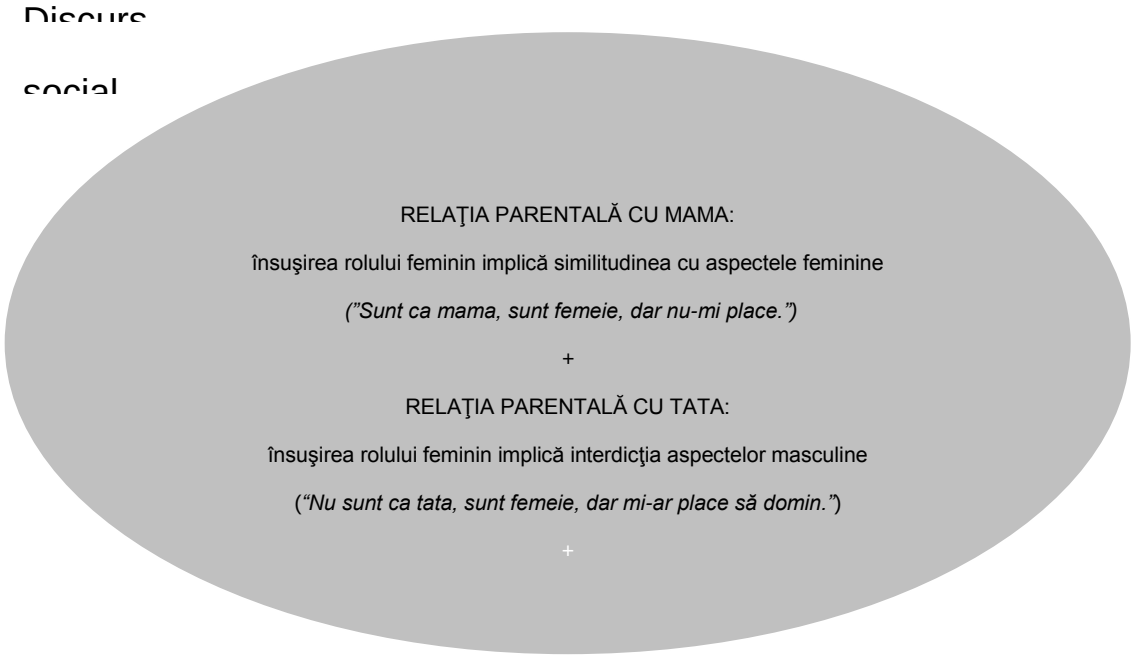


CONCLUZIE: poziţie paradoxală (superioritate-inferioritate) - atitudine ambivalentă
("Îmi plac femeile (calde, dar supuse), dar este periculos să simt ca ele (pentru că sunt bărbat și trebuie să domin)!")

În timp ce structura psihică a unei fete se dezvoltă în cadrul unei relaţionări cu o persoană "exact ca ea", băiatul îşi construieşte identitatea prin prisma unei experienţe caracterizată prin diferenţiere.

Pe fondul întâietăţii mamei în viaţa timpurie a unui copil şi absenţei unei relaţii echivalente cu tatăl, însuşirea rolului masculin implică negarea aspectelor feminine. Într-adevăr, după cum Greenson (1968) şi alţii au argumentat, pentru băieţi, aceste diferenţe de gen devin un mijloc de separare şi un proces de dez-identificare cu propriile mame. Cu alte cuvinte, imaginea băieţilor despre sine se construieşte pe fondul negării: *"Nu sunt precum mama mea, nu sunt femeie."* Din perspectiva celor mai multe teorii ale identităţii de gen, aceste negări din copilărie creează probleme pentru întemeierea psihologică a masculinităţii, astfel încât, în momentul în care băiatul ajunge la vârsta maturităţii şi devine bărbat, această structură de gen este potenţial ameninţată în orice moment de

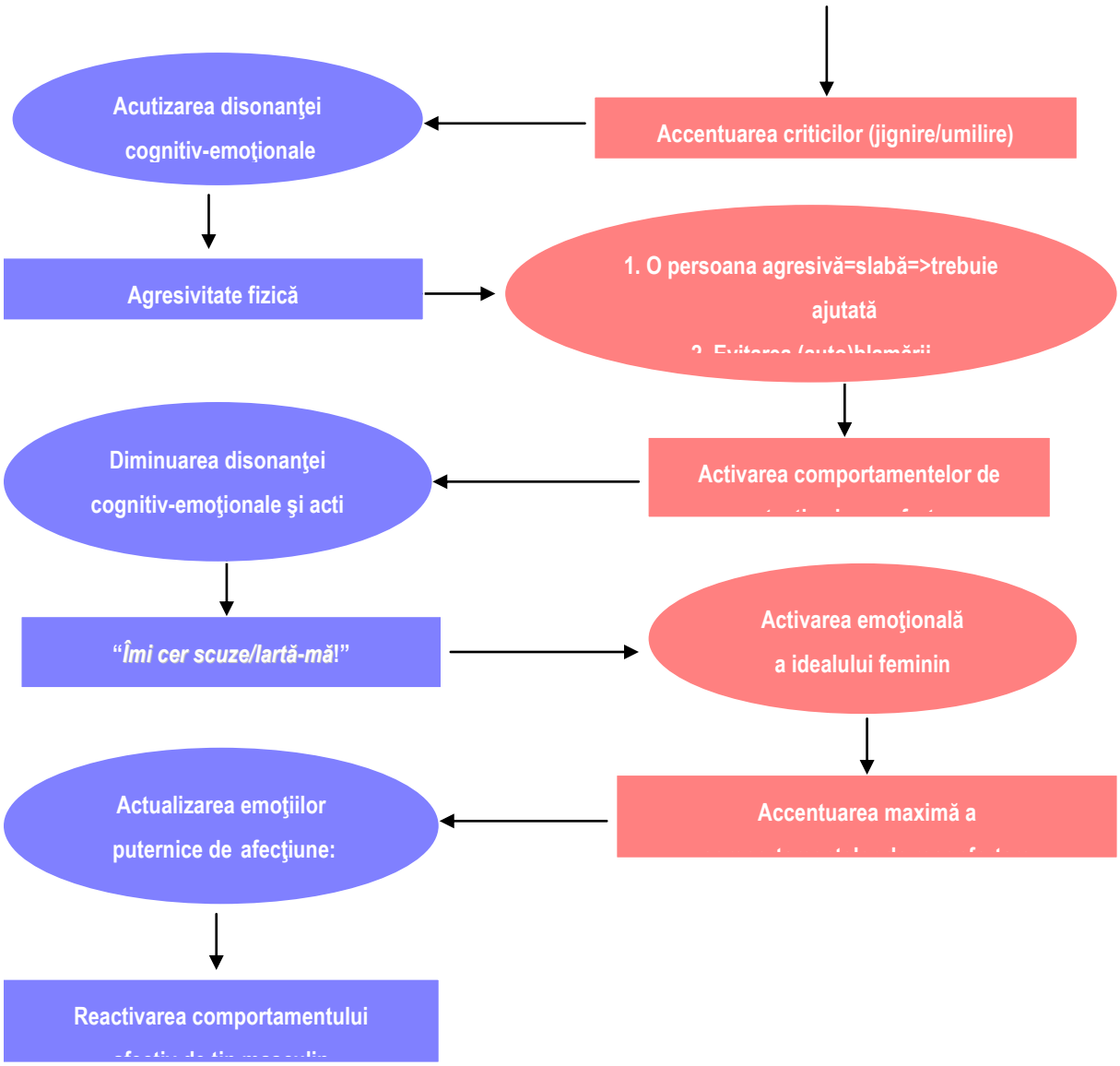
aspecte ale experienţei maternale, ale identificării timpurii şi ale separării timpurii. Ideea este că, din moment ce întâi mamele şi, mai târziu, femeile, rămân nişte personaje în jurul cărora se nasc amintiri cu privire la ce ar trebui renunţat pentru a deveni bărbat, nu sunt deloc surprinzătoare concluziile unor cercetări conform cărora băieţii menţin o anumită dihotomie cu privire la diviziunea între sexe, comparativ cu fetele şi că taţii şi-au însuşit mult mai rigid stereotipurile de sex decât mamele.



CONCLUZIE: poziţie paradoxală (inferioritate-superioritate) - atitudine ambivalentă
*("Nu-mi plac bărbaţii (*dominatori)*, dar vreau să fiu* (privilegiată) *ca ei!")*

Din moment ce fata nu poate moşteni "mantia puterii" de la cea care nu o deţine, uneori este nevoită să-şi însuşească puterea "de dincolo de tron". Parcursul străbătut pentru a deveni femeie este condiţionat de necesitatea de a învăţa acest rol, ceea ce Benjamin (1988) numea prin femeie *"un obiect pentru satisfacerea dorinţelor masculine"*. În loc să fie o persoană în căutarea identităţii de sine, o femeie adeseori este nevoită să se transforme într-un "subiect ca şi obiect", proces care poate deseori conduce către o stare de rebeliune.

Circularitatea agresivităţii în cuplu



OBSERVAŢII:

•În prima parte are loc procesul de escaladare a conflictului până la apariţia violenţei fizice

•În partea a doua apare fenomenul alianţei (re-afilierii)

Pornind de la aceste analize, bărbaţii şi femeile formează relaţii de ataşament în cadrul cărora fiecare trebuie să identifice la celălalt capacităţi pe care le-a pierdut. Aceste căutări deseori se transformă în complementarităţi problematice de care terapeuţii sistemici de familie se lovesc în procesul de terapie al cuplurilor şi care sunt adeseori atât de dificil de modificat. În opinia noastră, acest lucru este posibil numai atunci când ambii

membri ai cuplului se angajează în a depăşi aceste bariere rigide ce ţin de diferenţele de gen şi când îşi pot tolera reciproc similaritățile şi diferenţele de gen. Acest scop implică pentru parteneră să câştige un sens al independenţei sale şi să-şi stabilească sau restabilească capacitatea de individ al societăţii. Pentru partener însă, scopul terapiei implică să-şi recunoască şi să-şi accepte propriile nevoi de dependenţă şi în acelaşi timp, să înveţe cum să empatizeze cu experienţa subiectivă a partenerei, cu nevoile şi dorinţele sale aşa cum sunt definite de ea însăşi şi nu după cum le percepe el.

În timp ce o astfel de transformare solicită implicarea ambilor parteneri în rezolvarea aspectelor problematice ale relaţiei, în cazul relaţiei în care bărbatul îşi agresează partenera procesul terapeutic aduce în atenţie o temă în plus. În aceste circumstanţe, bărbatul agresor trebuie să tolereze şi să recunoască sensul propriei slăbiciuni, poate pentru prima dată. Din moment ce sensul conferit propriei puteri şi autonomiei psihice reprezintă o iluzie, susţinută prin negarea propriilor nevoi de dependenţă şi controlul manifestat asupra partenerei, el s-ar putea simţi ameninţat dacă ar începe să-şi privească partenera ca de la egal la egal (care l-ar putea părăsi, dezaproba sau completa din anumite puncte de vedere). Chiar şi inconştient, el se poate opune pornirilor partenerei de a deveni independentă, deşi ar avea cele mai bune intenţii în acest sens. Într-adevăr, pentru bărbaţii care apaţin acestei categorii, teama de dezintegrare a cuplului este atât de mare, încât aceştia vor încerca să prevină această ruptură prin orice mijloc posibil.

Dacă femeia e nevoită să-şi nege sensul propriei îndreptăţiri în faţa unei asemenea intimidări, ea trebuie să-şi acopere vocea care vine din interiorul ei şi să accepte tacit mesajul cultural. Oriunde s-ar întoarce, ar auzi că violează normele culturale dacă refuză să-şi mulţumească bărbatul. Când într-adevăr îşi revendică dreptul de a-şi trăi şi recunoaşte propria experienţă, propria sexualitate, nevoia şi dreptul de a fi şi se simţi protejată, acest fapt îl poate conduce pe partener la reacţii exagerate, chiar la violenţă. El o poate ameninţa că o părăseşte, transmiţând semnale de superioritate socială şi economică; sau poate deveni violent folosindu-se de puterea psihică asupra sa. Femeia poate deveni confuză cu privire la imaginea pe care o are despre sine şi el despre ea, deşi a crescut într-o cultură care a recunoscut poziţia şi drepturile masculine, fapt care o poate conduce la tăcere şi acceptarea construcţiei sociale, implicit a faptului că poate fi lovită.

Pornind de la aceste explicaţii, terapia în cazul cuplurilor care se confruntă cu problematica violenţei conjugale, trebuie să ofere un context în care diferenţele de putere între cele două sexe să nu fie acceptate şi recunoscute, diferenţe care definesc dreptul bărbatului de a domina şi obligaţia femeii de a se supune.

4.3.3. Perspectiva masculină

Premisele de gen în ceea ce priveşte masculinitatea rămân rigide în conştiinţa acelor sisteme familiale în care bărbaţii se manifestă violent faţă de partenerele lor de viaţă. Aceste supoziţii, cum ar fi de exemplu cea legată de faptul că bărbatul trebuie să fie mai puternic decât femeia şi că nu are voie să fie trist sau înspăimântat, se află în conflict direct cu realitatea psihologică. Bărbaţii, asemeni femeilor şi copiilor, adeseori experimentează sentimente de dependenţă, teamă, tristeţe şi nevoie reală de protecţie. Din moment ce interzicerea acestor sentimente puternic "feminizate" se resfrânge nu doar asupra vieţii publice a bărbatului cât şi asupra celei intime, sarcina psihologică a negării este permanentă. Din acest motiv, intimitatea poate deveni periculoasă. Atunci când teroarea bărbaţilor de a nu fi suficient de diferiţi de femei îi copleşeşte, violenţa devine principalul mijloc de a evidenţia şi accentua diferenţele de gen şi putere.

Interdicţia aceasta de a deţine sentimente "nebărbăteşti" este transmisă bărbaţilor prin toate canalele culturale. În munca terapeutică cu bărbaţii agresivi, s-a urmărit transmiterea transgeneraţională a acestor interdicţii şi modalităţile în care ele au compromis toate relaţiile tată-fiu şi mamă-fiu.

Aruncând o privire întâi asupra bărbaţilor cu rol de taţi, s-au stabilit anumite ipoteze conform cărora, în aceste familii, fiul dezvoltă convingerea că dragostea tatălui său este contingentă propriei definiţii a masculinităţii. Într-un anumit caz, de exemplu, modelul oferit de tatăl său a fost ca niciodată să nu-şi arate temerile, în altul a fost sfatul de a riposta împotriva oricărei ofense aduse familiei, în altul, niciodată să nu asculte opinia femeii, în altul, mereu să folosească intimidarea fizică şi psihică. Faptul că mulţi dintre taţii acestor bărbaţi demonstrează atitudini violente şi agresive, subliniază caracterul condiţionat al iubirii purtate partenerilor de viaţă, aspect transformat cu uşurinţă într-o formă de brutalitate.

Întrucât aceşti fii au crescut cu convingerea puternică că trebuie să fie bărbaţi şi

nu să-şi demonstreze afectivitatea faţă de soţie, aceştia şi-au omorât în cele din urmă inclusiv propria vulnerabilitate. Experienţa copilăriei alături de proprii taţi a fost atât de limitată şi condiţionată, încât a dat naştere unui intens dar profund sentiment de condiţionare a relaţiei cu partenera viitoare. Oricum, din moment ce interdicţiile culturale şi dinamicile familiilor particulare l-au determinat să adopte o poziţie deschisă şi mutuală de imposibilitate în menţinerea unei relaţii cu figura paternă, aceşti aoameni sunt nevoiţi să-şi formeze simbolic o relaţie cu tatăl. Cu alte cuvinte, în loc să fie "cu tatăl" ei ajung să fie "precum tatăl".

Goldner et *al.* (1990) prezintă cazul lui Raymond, care şi-a descris propriul tată ca fiind *"un bărbat dur, dur atât din punct de vedere emoţional cât şi din punct de vedere psihologic".* Totuşi, în momentul în care a fost întrebat de terapeut *"Ai apreciat această duritate?"*, întâi a tăcut după care a afirmat *"Nu….nu cred….. am puţin respect în ceea ce-l priveşte pe tatăl meu. În cele din urmă, am reuşit să afirm tot timpul că am puţin respect faţă de el, fapt pe care i l-am comunicat inclusiv lui. Dar acum nu mai ştiu dacă acest lucru este adevărat. Acum am ajuns să mă întreb, din moment ce îi semăn foarte mult stilului său, dacă nu cumva, într-un mod tacit, am gândit că procedează corect. Chiar şi aşa, în acele momente îl uram…".*

Beneficiind de o astfel de copilărie marcată de exigenţe extreme cu privire la conformitatea faţă de diferenţele de gen, bărbaţii precum Raymond intră în relaţia de cuplu cu constrângeri imposibile *(„Niciodată nu trebuie să trăiesc frica, să cunosc nevoia, să respect punctul de vedere al unei femei").* Paradoxal, aceste idei s-au demonstrat nefuncţionale chiar şi după experienţa copilăriei în care a trăit diferite anxietăţi şi a putut percepe anumite lucruri prin ochii unei femei. Mai mult, în relaţia pe care o are cu soţia în prezent, tendinţa de a încălca aceste mesaje este vizibilă aproape oricând.

Goldner et al., (1990) sublinia faptul că Raymond, un om fără prieteni, fără o slujbă şi cu o relaţie extrem de nefuncţională cu soţia şi proprii copii, a acceptat să vină în terapia de familie după ce şi-a lovit soţia. A fost motivat de ameninţarea soţiei că îl părăseşte dacă nu-şi rezolvă problemele legate de manifestările agresive. În timpul terapiei s-a observat că Raymond, de câte opri s-a aflat în situaţia de risc de a-şi asculta soţia sau de a se lăsa convins de opinia ei, a devenit agresiv. Deci violenţa a fost

facilitată de situaţiile în care soţia s-a aflat pe punctul de a-l face să cedeze în luarea unor decizii sau de momentele de slăbiciune în care bărbatul experimenta sentimente de tip feminin. Chiar şi după ce a înțeles aceste contexte vulnerabile pentru sine, clientul a continuat să lupte împotriva soţiei pentru a deţine monopolul şi poziţia de putere.

In cele mai multe cazuri, mamele acestor bărbaţi nu au putut să-i ajute pe aceştia să-şi construiască o relaţie pozitivă cu taţii lor. De fapt, s-a observat că pattern-ul disfuncțional consta în acțiunea fiului agresat de către tată de a format coaliţii cu mama împotriva violenţei acestuia. De exemplu, un fiu descria cum mama manifesta sentimente de mândrie faţă de el în ceea ce privea atitudinea de ripostare la agresiunile tatălui; altul susţinea cum devenise favoritul mamei pentru atitudinea de "bărbat" pe care o demonstrase comparativ cu fratele său; altul povestea cum mama sa întotdeauna îl proteja pe fratele său mai mic în timp ce pe el îl încuraja să lupte cu tatăl său.

Astfel, în multe dintre aceste cazuri, legătura creată între mamă şi fiu se trasformă într-o coaliţie ascunsă împotriva tatălui. Din acest motiv, cei doi trăind experienţa subjugării, ocupă acelaşi nivel în ierarhia puterii familiale. Totuşi, relaţiei create între ei este contradictorie. Mama, întrucât reprezintă unul din rolurile parentale, menţine o poziţie superioară în ierarhia familială, în timp ce fiul, prin prisma faptului că este bărbat într-o casă de tip patriarhal, este deseori considerat a se afla într-o poziţie superioară celei pe care o deţine mama, deşi este al doilea părinte.

Această legătură paradoxală adeseori pune băieţii într-o poziţie imposibilă. În timp ce, în calitate de copii, încă au nevoie de protecţia şi grija mamei lor, deseori simt nevoia de a se comporta precum nişte "bărbaţi" care să susţină atitudinea tatălui în raport cu mama. Astfel, dacă se coalizează prea mult cu mama, riscă să nu pară suficient de bărbaţi în ochii acestora şi să nu mai beneficieze de aprobarea şi respectul lor.

Realitatea demonstrează că în astfel de experienţe, băieţii simt nevoia de a-şi susţine mamele şi se aliază cu ele, deşi în acelaşi timp şi-ar dori o apropiere cu taţii. Ei sunt martorii suferinţei şi nedreptăţilor la care sunt supuse mamele şi trăiesc în multe feluri o anumită loialitate dar îşi doresc cu înfocare, în acelaşi timp, să formeze pereche cu puternicul şi criticul tată. Astfel, aceşti copii formează şi dezvoltă atitudini ambivalente, alianţe ascunse cu ambii părinţi, pe care nici ei înşişi nu le pot înţelege şi gestiona corespunzător.

Psihoterapeuții care s-au implicat în această cercetare (id., 1990) au încercat să înţeleagă în ce măsură aceste loialităţi parentale conflictuale sunt implicate în transmiterea patternurilor violente şi atitudinile pe care aceşti bărbaţi le vor manifesta în viitor faţă de partenerele lor de viaţă. Oscilaţia constantă între devoţiunea "feminină" şi dominaţia "masculină" ce caracterizează şi atitudinea ambivalentă de mai târziu faţă de partenerele de viaţă, atitudine atât de des prezentată şi comentată în literatura de specialitate, poate fi privită ca şi un conflict al unei loialităţi scindate.

4.3.4. De-structurarea momentului violent

Pentru a opri şirul acestor secvenţe periculoase, autorii au dezvoltat o strategie de intervenţie care "destructurează " procesul psihologic care generează ciclului violent. Psihoterapeuții sistemici abordează episodul agresiv ca fiind o pseudo-soluţie la contradicţile pe care bărbaţii violenți le experimentează în ceea ce priveşte sentimentele lor de dependenţă, teamă sau tristeţe. În viziunea lor, aceste sentimente sunt de neacceptat şi nu le permit să socializeze corespunzător viziunii pe care o au asupra masculinităţii. Într-adevăr, atunci când agresorii relatează starea pe care o au înaintea unui moment de violenţă, ei aduc în atenţie momentul de luptă între sentimentele specific masculine şi feminine.

Goldner et al., (1990) descrie un exemplu în care un terapeut deconstruieşte momentele dinaintea unei explozii violente. Întrebările sunt adresate rar şi repetate, separând momentele descrise de bărbat în cele care ţin de prezent şi cele care ţin de trecut. Este cazul unui tânăr luptător care locuieşte departe de casă, este căsătorit, înstrăinat şi îndepărtat de familia soţiei sale, fără slujbă şi dependent financiar de venitul soţiei sale. Acesata din urmă l-a ameninţat că-l părăseşte dacă nu renunţă la crizele sale de violenţă. Şedinţa de consiliere urmează după o luptă de 24 de ore între cei doi. De îndată ce ajunge la terapeut el menţionează că are nevoie de valium, *"pentru că mă doare capul şi mă simt îngrozitor!"*. Soţia aminteşte că a fost ameninţată de soţul său, care i-a interzis totodată să meargă la muncă. Discutând doar cu el în prima parte a sesiunii, acesta a menţionat că furia sa a izbucnit în momentul în care soţia vorbea la telefon cu tatăl său.

Terapeutul: *Aţi auzit că.....*

John: *Nu, chiar mi-a spus el la telefon. Într-un moment în care eu nu spuneam nimic deoarece...mi-am spus mie însumi...ca ar fi cea mai mare greşeală pe care aş putea-o comite...*

Terapeutul: *Vocea socrului tău a răsunat în mintea ta până în dimineaţa următoare, când ai încercat să-ţi opreşti soţia să te părăsească? I-ai spus ceva lui în acea seară?*

John: *I-am spus...Ascultaţi-mă, domnule B., niciodată nu aş răni-o pe fiica dvs. Este soţia mea şi o iubesc. El mi-a răspuns atunci...Aş vrea să ştii că dacă ai răni-o, sunt în stare să dau acel telefon....mi s-a făcut rău în momentul în care a spus asta. Nu ar fi trebuit să spună asta. Dacă intenţiona să mă lovească, tot nu ar fi trebuit să-mi spună asta, întrucât soţia mea acum este.....*

Terapeutul: *Ceea ce ai simţit tu în acea seară a fost o combinaţie de furie şi teamă.....*

John: *După cum vă spuneam, tată său este un bărbat în vârstă de 70 de ani. Omul este într-o stare fenomenală, sănătos precum un cal, arătos şi are o mulţime de oameni care roiesc în jurul său. Dacă ar fi avut vârsta de 50 de ani, aş fi mers direct la el şi l-aş fi rănit atât de tare încât nu ar mai fi putut merge niciodată. M-aş fi dus până la el şi aş fi curăţat podeaua cu el pentru că şi-a permis să imi ameninţe viaţa. Da, eram foarte furios în acel moment.*

Terapeutul: *Mai simţi încă ce ai simţit în momentul acelui telefon?*

John: *Îmi vine să mă lovesc cu capul de perete chiar aici pentru că sunt atât de necăjit din cauza sentimentelor pe care le trăiesc acum. Adică.....simt doar....Luati-i ca exemplu pe cei doi fii ai lui. Aceştia nu au făcut niciodată nimic pe cont propriu în toată viaţa lor. Au fost cuprinşi în afacerea tatălui lor şi aşa au reuşit în viaţă. Eu, dimpotrivă, am fost şi în situaţia în care mi s-au introdus 26 de copci; mi-au spus că dacă continui să lupt voi muri. Nu puteam respira. Aveam 26 de copci în cea de-a doua rundă şi am continuat să lupt. Am luptat pentru viaţa mea şi mi-am rupt ambele mâini. Adică, am luptat pentru viaţa mea. Am luptat pentru a-mi ajuta familia să beneficieze de toate şi apoi.....*

Povestea lui include acum două familii, cea a soţiei şi propria familie. Povestea legată de familia soţiei îl macină teribil întrucât tânărul nu reuşeşte să ajungă la acelaşi nivel social cu aceasta iar socrul său îl ameninţă cu contactarea unor criminali profesionişti care să-i facă rău. Astfel, în viziunea psihoterapeuţilor sistemici, aceste ameninţări reprezintă de fapt propriile sentimente ale socrului său de neputinţă şi ascund

dorinţa acestuia de a părea încă puternic. Povestea proprie a tânărului include încercări disperate de a lupta pentru familia sa şi de a culege, deocamdată, doar eşecul.

Terapeutul: *Deci, aceste sentimente ţi-au venit în minte înainte de a încerca să-şi opreşti soţia să meargă la muncă? Respingerea demonstrată de familia sa şi sentimentul că nu ai făcut ce ţi-ai fi dorit pentru propria ta familie?*

John: ...

Terapeutul: *Deci, în acea dimineaţă când te-ai trezit, ai simţit cum sângele îţi năvălea prin vene? - Este acel foc pe care l-ai simţit unul care te îndeamnă să lupţi pentru viaţa ta, pentru propria ta familie şi să-i demonstrezi soţiei şi familiei sale că poţi fi un bărbat adevărat?*

John: *Lupt chiar acum! Toată viaţa am luptat pentru părinţii mei, ca ei să poată avea o casă frumoasă şi totuşi încă nu am reuşit acest lucru. Fapt care mă deranjează teribil. Deşi sunt recunoscut la un nivel ridicat în lumea profesională, nu mi-aş putea permite să mă întorc acum şi să-mi cumpăr chiar şi gumă de mestecat...*

Terapeutul: *Deci, în acea dimineaţă în care te-ai trezit şi aveai în gând aceste idei de luptă pentru familia ta şi împotriva opiniei familiei soţiei, ea te-a anunţat că trebuie să plece la muncă. Ce s-a întâmplat atunci?*

John: *Atunci i-am spus...Nu...Nu mergi la muncă...Nu vei ieşi din casă întrucât ei pot lovi în noi!*

Terapeutul: *Şi ce ţi-a răspuns dânsa atunci?*

John: *Oh, da...chiar mă duc...M-a provocat! Dar de fapt, nu dânsa m-a provocat....ci părinţii ei. Ei au fost.*

Terapeutul: *Deci, deşi provocarea vine în mod direct de la soţia ta, de fapt părinţii ei sunt responsabili. Ei sunt de părere că tu eşti un ratat din moment ce numai ea trebuie să meargă la muncă?*

John: *Am 25 de ani. Nu am 35. Din moment ce provocarea a fost lansată, nu-mi pasă că vine din partea unei persoane sau a a mai multora. ..Ea avea o anumită voce. Când am auzit, l-am auzit de fapt pe bătrânul său vorbind.*

Terapeutul: *Cum ai descrie acea voce?*

John: *Era ceva care m-a tăiat efectiv precum o lamă de cuţit. Cu tatăl său nu poţi avea o*

discuţie pentru că el are întotdeauna dreptate! Tu eşti cel care se înşeală. Vezi, acesta este motivul pentru care nu reuşesc niciodată…Nu ai dreptate, Jack….eşti precum o lumină…nu vreau să par aşa, dar presiunea devine atât de puternică acum, întrucât îmi doresc să întorc lucrurile şi să îmbunătăţesc situaţia pentru toată lumea. Şi nu reuşesc să fac asta. E ca şi cum aş lupta într-o bătălie deja pierdută, fapt care mă omoară de-a dreptul.

Terapeutul: *Deci, în dimineaţa respectivă când te-ai trezit speriat şi furios, ai auzit vocea tatălui său care spunea că ai dezamăgit ambele familii. În asta de fapt a constat provocarea?*

Se poate observa cum clientul se luptă cu sentimentele confuze, fiind prins între dorinţa de a obţine aprecierea din partea ambelor familii şi situaţiile în care de fapt se simte rănit, înspăimântat şi umilit. "*Mă zbat din greu..*" este expresia care îi evidenţiază cel mai bine stima de sine. Încearcă să fie considerat o persoană demnă de admiraţia celor două familii şi nu să aibă sentimentul că ar putea fi abuzat, rănit sau desconsiderat.

În timpul procesului de deconstrucţie, psihoterapeutul a discutat foarte puţin despre furia îndreptată asupra soţiei sale; incidentul care o implică pe aceasta este practic ascuns ca urmare a evidenţierii celorlalte aspecte care l-au deranjat şi au condus către această explozie a manifestării violente. Trei voci sunt proeminente: vocea soţiei, vocea socrului său şi cea a propriului tată. Aceste voci dau naştere unor idei de care acest client, precum majoritatea bărbaţilor, devine profund preocupat: deţinearea unei poziţii distincte în sistemul familial, obţinerea unei poziţii semnificative pe scara sociale, recunoaşterea sa ca fiind un bărbat puternic şi inexistenţa oricărui sentiment de teamă din partea sa. În esenţă, acestea nu reprezintă decât lupta sa interioară, teama sa de a nu eşua şi dorinţa sa de a reuși.

4.3.5. Poziţia femeii victimă

Una din preocupările centrale ale demersului terapeutic a fost explicarea rolului participativ al femeii în relaţia violentă. În calitate de teoreticieni sistemici, autorii studiului nu au acceptat descrierea femeii ca simplă victimă lipsită de apărare, însă și noțiunile de "circularitatei" sau, "beneficiile secundare ale simptomului" trebuie privite și înțelese cu foarte mare precauție.

Cu scopul de a introduce victima în definirea problemei, dar nu cu cel al blamării sale, terapeuții au încercat să înţeleagă motivele pentru care aceste femei nu părăsesc relaţiile abuzive deşi nu sunt dependente financiar şi din ce motiv nu devin capabile să-şi impună propriile puncte de vedere deși de multe ori preferă să nu cedeze din punct de vedere verbal în faţa partenerilor, deşi sunt conştiente că se supun unor situaţii de risc.

Pentru a ne da o ideea despre cât de greu le este acestor femei să găsească răspunsul la aceste întrebări, Goldner et al., (1990) subliniază câteva exemple: "*De fapt, cred că nu vreau decât să înţeleg de ce stau în această relaţie. Chiar nu ştiu. Mă tot gândesc dacă nu o fi ceva în neregulă cu mine*", sau*"Dick îmi spune că îi reproşez absolut tot şi că de fapt eu sunt cea nebună. Adevărul este că sunt nebună pentru că aleg să stau cu el, dar… chiar nu cred că eu sunt cea nebună în relaţia asta. Poate sunt, dar eu nu văd lucrurile aşa".*

Puterea care leagă şi menţine această relaţie a devenit mai misterioasă pentru psihoterapeuţi în momentul în care au descoperit că aceste femei nu erau chiar timide, cu o imagine de sine scăzută, victime fragile. Erau victimele unor relaţii violente dar în aproape toate cazurile erau femei care deţineau puternice puncte de vedere şi demonstrau un acut simţ al puterii. Această reprezentare falsă a terapeuților s-ar putea datora teoriilor revizioniste ale dezvoltării curentului feminist şi al psihologiei feministe, care au devenit foarte puternice în ultimii ani. Punctul central în terapiile cu femeile victime este ideea conform căreia un puternic simţ al sinelui trimite la o reală identitate feminină prin intermediul abilităţilor femeii de a construi şi menţine relaţii cu ceilalţi. Acest model cognitiv şi comportamental a fost moştenit de către fiice de la mamele lor, a căror viziune asupra obligaţiilor femeii constă în conservarea relaţiilor cu ambele familii şi păstrarea unităţii familiale indiferent de costurile personale. Astfel, atât mama cât şi fiica, ajung să-şi aprecieze stima de sine în funcţie de succesul sau eşecul în formarea relaţiilor, oferirea atenţiei, grijii şi siguranţei celuilalt, "câştigarea" celeilalte persoane.

Din nou Goldner et al., (1990) ilustrează cele discutate cu cazul lui Sarah, un copil care a fost bătut (asemeni mamei sale) de către un tată alcoolic şi care în prezent este agresată de către soţul său Mike, și care povesteşte: *"Din momentul în care m-am implicat în această relaţie alături de Mike, am avut sentimentul că este precum un copil care suferă. Am considerat că cea mai bună modalitate de a menţine această relaţie este*

să încerc să-l ajut să aibă o mai bună imagine despre sine". Astfel, chiar şi în condiţiile propriei sale victimizări, Sarah, dincolo de interesele şi siguranţa sa în această relaţie, îşi poate umaniza agresorul şi se poate devota îngrijirii sale.

Pornind de la această mărturisire, s-a obţinut o redescriere pozitivă a motivaţiei care susţine păstarea şi menţinerea într-o relaţie violentă. Pentru Sarah sau alte femei asemeni ei, motivul de a rămâne într-o astfel de relaţie nu ţine de un caracter slab, dependenţă morbidă sau masochism, ci e mai bine înţeles ca o afirmare a idealului feminin: pentru a păstra anumite legături de ataşament, pentru a vindeca şi pentru a avea grijă de celălat, indiferent de eforturile şi pierderile sale. După cum afirma o altă femeie: *"Am stat într-o astfel de relaţie 20 de ani, deşi am ştiut după prima săptămână că este o greşeală...şi asta pentru că <fetele reuşesc să facă să meargă o relaţie>".* În aceste condiţii, a nu renunţa la o astfel de relaţie ţine de sentimentul de mândrie al femeii şi de respectul de sine.

Privită dintr-o altă perspectivă, opţiunea femeii de a rămâne într-o relaţie în care este agresată, maltratată, o protejează pe aceasta de sentimentul de vină de a renunţa la rolul său curativ şi protector. Mai specific, din moment ce femeile sunt învăţate să fie atente la nevoile celorlalţi, capacitatea lor empatică le oferă un bagaj substanţial de cunoştinţe legate de dependenţa fragilă a persoanelor care le agresează. Deseori, acest fapt înseamnă că ele nu pot scăpa de sentimentul că părăsind relaţia, ar trăda termenii acesteia. După cum mărturisea o altă clientă, *"Am devenit confuză. Ştiu că este un bărbat bun. De asemenea, ştiu că poate fi şi rău. Dar când e bun, e bun. Mi-e tamă că dacă l-aş părăsi ar putea gândi despre mine <Ce fel de femeie eşti! Priveşte ce mi-ai făcut>."* (id., 1990). Astfel, o femeie care-şi părăseşte partenerul violent poate să rămână cu ideea că a negat prerogativele masculine şi a aşezat interesele proprii pe primul loc.

Pornind de la aceste dispoziţii culturale care ţin de diferenţele de gen şi care creează presiuni asupra femeii de a-şi nega propria identitate şi propriile nevoi, psihoterapeuţii au fost interesaţi să urmărească modul în care acestea au fost transmise de la o generaţie la alta. S-a demonstrat că, aşa cum bărbaţii agresivi provin din familii în cadrul cărora ei înşişi au fost victime ale violenţei domestice, abuzaţi, sau supuşi unor modele patriarhale exagerate, în mod similar multe femei provin din familii cu structuri patriarhale puternice. În multe dintre cazuri, mamele au deţinut poziţii şi roluri extrem de

submisive faţă de soţii lor; în alte cazuri, ierarhia bazată pe diferenţele de gen s-a inversat iar mama a fost cea care a preluat poziţia superioară în faţa tatălui. Dar, indiferent dacă ierarhia puterii a fost sau nu una convenţională, credinţele familiale menţionează că *"bărbatul este cel care trebuie să fie la cârma familiei"* şi deţine o poziţie mult mai puternică decât cea a soţiei. Astfel, deşi statutul mamelor era elevat sau obedient, aceste fete au suferit un soi de neglijare existenţială prin faptul că au crescut în familii în care femeile sunt subestimate, într-un climat de intimidare şi format în baza unor credinţe conform cărora bărbatul trebuie să domine femeia, chiar dacă nu demonstrează concret această capacitate şi atitudine.

Comună povestirilor acestor femei este descrierea unei familii în cadrul căreia unei femei nu îi este permis să se plângă de poziţia sa. Fiicele au fost crescute în spiritul unor valori conform cărora a iubi înseamnă a renunţa la sine. Deşi cele mai multe dintre femei, în reconstruirea trecutului lor, îşi pot aminti câteva mijloace prin care familiile lor le-au suportat şi, în cele din urmă, tolerat pornirile de independenţă, femeile intervievate nu păreau să-şi amintească din trecutul lor asemenea episoade. Ele descriau sentimente care nu au contat pentru ceilalţi, decât în măsura în care acestea implicau grija faţă de nevoile celorlalţi. Oricum, multe cliente îşi aminteau de părinţii lor ca fiind foarte critici şi aspri cu ele, pe motiv că nu "oferă" suficient, dorinţele lor de independenţă fiind considerate aberante, iar intenţiile lor de diferenţiere sau separare erau considerate distructive sau adevărate acte de nebunie.

Prin explorarea contextul politic în care aceste dispoziţii de gen sunt legiferate, Goldner et al., (1990) a reuşit să clarifice modalitatea prin care "feminitatea" a devenit problematică şi contradictorie pentru femei. Privind întâi la relaţia mamă-fiică, s-a presupus că fiicele ale căror mame au fost deseori dominate în căsniciile lor, au fost prinse într-o dilemă dureroasă. Ele au fost nevoite să-şi construiască o identitate feminină într-un context de sentimente intense contradictorii legate de propria mamă: furie şi simpatie, admiraţie şi frustrare etc. Problema pentru aceste fete era că, din dorinţa de a păstra o relaţie maternă pozitivă puternică, ele trebuie să devină precum mamele lor şi astfel să accepte premisele despre ceee ce înseamnă să fii femeie şi care le-au transformat în victime pe mamele lor încă de la început. La fel ca şi în studiul asupra bărbaţilor, aceste femei au fost prinse într-o imposibilă legătură de loialitate. A fi loiale mamelor

implica să îndure un anumit fel de subjugare personală şi socială, în timp ce deschiderea manifestată către tată însemna un act de trădare al mamei şi implicit al propriei persoane.

4.3.6. Alianţa

Alianţa este un aspect unic al relaţiei de cuplu întrucât ea acţionează pentru a susţine şi asigura o reconsolidare a acesteia după consumarea unui episod violent. Este experimentată de ambii parteneri ca fiind o legătură existenţială puternică, dar, deoarece este resimţită deseori ca fiind ruşinoasă, bolnăvicioasă şi regresivă, de cele mai multe ori rămâne un secret, un fapt ascuns inclusiv faţă de psihoterapeut.

Puterea acestei legături are potenţialul de a combate cel mai antiviolent program: cu cât anumite forţe din afară încearcă să dezbine cuplul, cu atât anumite forţe din interior menţin cei doi parteneri împreună. În mod cert, nici unul dintre aceştia nu va vorbi deschis despre legătura sa de ataşament sau nu-i va recunoaşte puternicele şi profundele sentimente faţă de sine, atunci când relaţia devine atât de stigmatizatoare în ochii celorlalţi. Din moment ce adevărata natură a legăturii rămâne adeseori un adevărat mister, chiar şi pentru protagoniştii înşişi, ei vor rămâne fideli în această structură în ciuda oricăror interdicţii. Dacă psihoterapeutul nu va putea lucra cu dualitatea aceastei puternice legături, atunci există riscul major ca relaţia de cuplu să se transforme într-o coaliţie secretă împotriva celor din exterior, inclusiv a terapeuţilor.

Din aceste motive, în debutul terapiei cu aceste cupluri, se monitorizează orice descriere şi apreciere pozitivă a relaţiei şi se încurajează aceste comentarii ca fiind parte a procesului terapeutic. Creând spaţiu acestui tip de dialog colaborativ, terapeuții dezamorsează o pare din puterea secretului de cuplu. Acest lucru facilitează şi auto-înțelegerea anumite valori specifice ale femeilor agresate, deoarece de multe ori ele au sentimetul că explicaţiile lor şi-au pierdut importanţa şi sensul și le-au abandonat. Se simt confuze şi trăiesc un acut sentiment de ruşine întrucât doresc să rămână într-o relaţie care le produce atât de mult rău. Fără a găsi o intenție pozitive în spatele acestui comportament aparent aberant, aceste femei sunt vulnerabile în faţa unor mesaje sociale și uneori psihologice puternice, care le determină pe aceste femei să trăiască încă odată o situație paradoxală, în care dacă părăsesc relația de cuplu violentă sunt judecate de către societate, iar dacă rămân în relaţiile “bolnăvicioase” sunt neînțelese de psihoterapeuți.

Aceste standarde întotdeauan culpabilizează victima, care trebuie să accepte o caracterizare a sa ca fiind masochistă, aparent bolnavă sau doar jucând rolul unei persoane nebune. Generând o explicaţie diferită, care oferă o descriere pozitivă a participării sale în această relaţie, femeia dezvoltă un anumit sentiment al demnităţii, care îi oferă posibilitatea de a alege, eventual de a rămâne sau părăsi această relaţie în termeni total diferiţi.

În timpul terapiei cu aceste cupluri, s-a lăsat deschisă posibilitatea femeii de a spune cu propriile cuvinte de ce preferă să rămână alături de bărbatul care o agresează, clarificându-se mesajele paradoxale (frica de consecințe divorțului, dar și sentiment de iubire pe care nici ea însăşi nu reuşeşte să-l înţeleagă). În mod similar, bărbatul poate fi confuz în legătură cu faptul că îşi brutalizează partenera de cuplu şi simte nevoia de a-i controla întreaga viaţă. Deseori, acesta are o viziune dublă, caracterizată pe de o parte de ipostaza de persoană decentă şi bună, iar pe de altă parte de cea a bărbatului care simte nevoia de a se comporta iraţional şi de a distruge oamenii care îl iubesc.

În cadrul procesului terapeutic se ajunge la înţelegerea factorilor care unesc atât de puternic două persoane într-o astfel de relaţie. Procesul evidenţierii unor încărcături afective puternice ale celor doi parteneri devene practic partea centrală a terapiei. Poveştile de viaţă ale acestor bărbaţi şi femei sunt naraţiuni încărcate de durere şi dezamăgire. Totuşi, în timp ce cuplul povesteşte istoria relaţiei sale, în mod deosebit debutul acesteia, perdeaua se ridică. Este ca şi cum între cei doi s-ar fi creat o conexiune electrică, o legătură care îi menţine împreună în ciuda agresiunii şi violenţei nebuneşti. Iniţial şi implicit, relaţia de cuplu este privită ca fiind opusă celei din familia de origine şi chiar din lumea socială ca atare. Urmărind cursul povestirii fiecărui partener, se poate observa cum fiecare dintre cei doi parteneri se afla în căutatea unei soluţii magice de a se elibera de povara imperativelor legate de diferenţele de gen experimentate în familiile de origine. Ei se află în căutarea unei "ieşiri" şi, asemeni multora dintre noi, au gasit-o în ipostaza unei iubiri romantice. Fiecare dintre cei doi parteneri a crezut că şi-a întâlnit perechea potrivită, cu care se completează reciproc.

În demersul terapeutic, un aspect aparte îl constituie înțelegerea perioadei de atracţie iniţială, în care ambii parteneri au activat convingerea că ar putea depăşi structura rigidă legată de conformitatea sinelui faţă de genul aparţinător, care le-a fost atât de bine

întipărită încă din copilărie. Pentru bărbatul care a fost nevoit să-şi nege sau să-ȘI suprime orice nevoie sau vulnerabilitate, relaţia în sine a reprezentat o provocare de a-şi reclama satisfacerea acestor nevoi fără a fi nevoit să recurgă la dezonorarea partenerei sale. După cum mărturisea unul dintre clienți: "*Alice mi-a acceptat slăbiciunile şi sensibilitatea. În faţa mamei mele trebuia mereu să demonstrez că sunt bărbat şi niciodată unul slab*". La fel, pentru femeile care au fost crescute în spiritul conformismului, dominaţiei şi al tăcerii, această relaţie le-a oferit în mod demn posibilitatea de a-şi face auzită vocea. Conform spuselor lui Sarah *"Mike îmi respectă opinia aşa cum nimeni altcineva nu a făcut-o vreodată"*.

Revolta împotriva interdicţiilor şi normelor legate de diferenţele de gen, conduc la credinţa conform căreia o relaţie este o alegere unică, total separată de lumea exterioară. Puterea şi pericolul acestei false evadări sunt reflectate de un alt exemplu pe care îl subliniază Goldner et al. (1990) prin afirmațiile lui Joe şi Alice, un cuplu care îşi susţine sentimentele puternice, în ciuda faptului că Alice s-a prezentat cu urme vizibile şi adânci ale violenţei îndreptate împotriva sa în această relaţie.

Joe: *Poate că într-un anumit punct ajungem să ne certăm îngrozitor de tare, dar în acelaşi timp sunt momente în care ne acceptăm reciproc sută la sută. Ea îmi acceptă sensibilitatea şi slăbiciunea, spre deosebire de mama mea şi îmi oferă calea liberă în sensul dezvoltării mele conform propriei dorinţe.*

Alice*: Nu realizez de ce există o anumită legătură între mine şi el şi nu între mine şi altcineva. Nu ştiu de ce este acest lucru un adevăr, dincolo de faptul că îmi permite să-i văd slăbiciunile. Chiar şi aşa, nu-l percep precum o ameninţare. Îşi permite să mi se arate ca fiind o persoană vulnerabilă, privilegiu pe care nu l-am mai avut niciodată. Cred că asta consolidează relaţia noastră. Aceasta a condus la naşterea unei legături între noi care durează până astăzi, aşa lezată cum a ajuns.*

Nu ar trebui să ne surprindă faptul că, deşi aceste relaţii sunt formate pornind de la speranţa că dragostea poate învinge şi depăşi experienţele copilăriei bazate pe normele de gen, totuşi nu pot supravieţui interdicţiilor şi normelor culturale din viaţa cotidiană.

4.3.7. Concluzii

Modelul terapeutic descris de Goldner et al. (1990) a încercat să pătrundă în

infrastructura relaţiilor în care bărbaţii îşi agresează partenerele de cuplu. S-a descoperit faptul că, în cazul acestor cupluri, abuzul şi coerciţia co-există cu sentimentul înţelegerii şi al prieteniei într-un mod unic şi în acelaşi timp dureros. Numai după ce mesajele paradoxale ale legăturilor bazate pe diferenţele de gen vor fi identificate şi metacomunicate, membrii cuplului vor putea ieși din blocajul psihologic, obținându-și pentru prima dată libertatea de a se vindeca de iluzie și de a schimba termenii unei relaţii de cuplu.

Dragostea şi violenţa în relaţiile amoroase sunt două concepte care se împletesc şi în experienţele cotidiene şi care sunt din ce în ce mai des mediatizate datorită numărului de astfel de situaţii. Tragedia apare însă în situaţiile în care aceste manifestări se finalizează cu uciderea victimei sau uneori chiar a agresorului, în urma unei autentice lupte pe viaţă şi pe moarte.

Dincolo de explicaţiile teoretice cu privire la diferenţele de gen, normele culturale şi poziţia bărbatului în faţa femeii care îl îndreptăţesc pe acesta să facă din partenera sa o victimă a abuzului fizic, psihic, emoţional şi uneori chiar sexual, modelul lui Goldner et al. (1990) aduce în atenţie o serie de aspecte legate de explicaţia psihologică a acestor manifestări agresive, o explicaţie a motivaţiilor în virtutea cărora femeile preferă să rămână în aceste relaţii care le distrug, viziunea terapeutică asupra acestei probleme precum şi anumite propuneri şi idei de intervenţie.

Am mai adăuga doar că acest fenomen nu este explicat doar din punct de vedere psihologic (punând accent pe experienţa formării de sine, a identităţii proprii masculine sau feminine într-o lume caracterizată de impunerile diferenţelor de gen), ci şi printr-o serie de factori care ţin de nivelul de cultură, de nivelul bunăstării sociale şi inclusiv de normele legislative care pot condamna corespunzător sau nu, aceste manifestări.

Poziţia disfuncţională a ambilor parteneri de cuplu are rădăcini adânci în experienţele timpurii ale copilăriei şi în preluarea (inconştientă) a modelelor comportamentale parentale, grefate pe o trăire profundă a paradoxului non-terapeutic.

Bibliografie

Ainswoth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Amirou, R. (2003). Consideraţi psihosociologice asupra noţiunilor de agresivitate şi frustrare comparativă. In G. Ferréol şi A. Neculau (eds.), *Violenţa. Aspecte psihosociale*, Polirom, Iaşi.

Ariès, Ph. (1962). Căsătoria indisolubilă. In Ph. Ariès şi A. Béjin, *Sexualităţi occidentale*, Antet, Oradea.

Babcock, J. C., Waltz, J., Jacobson, N. S. & Gottman, J. M. (1993). Power and violence: The relationship between communication patterns, power discrepancies and domestic violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(1), 40-50.

Bacchus, L., Mezey, G., Bewely, S. (2006). A Qualitative Exploration of the Nature of Domestic Violence in Pregnancy. *Violence Against Women*, 12(6), 588 – 604.

Bancroft, L., Silverman, J. G. (2002). *The batterrer as parent*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Bandura, A. (1973). *Aggression:* A *Social Learning Analysis.* Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books.

Benjamin, J. (1988). *The bonds of live: psychoanalysis, feminism and the problem of domination*. New York: Pantheon Books.

Berkowitz, L. (1989). Frustration-aggression hypothesis: Examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, 106, 59-73.

Bologh, J. (1985). *The dark side of Love: blue and white collar wife abuse*. HMSO Press, London.

Bowen, M. (1978). *Family Therapy in clinical practice*. Aronson, New-York.

Brehm, S.S., Kassin, S.M. (1990). *Social Psychology*. Houghton Mifflin Company, Boston.

Brown, N. (2001). *Children of the self-absorbed: a grownup guide to getting over narcissistic parents*. New Harbinger, Oakland, CA.

Browne, K., Herbert, M. (1999). *Preventinf family violence*. Wiley, Chichester, New York...

Bushman, B.J., Baumeister, R.F., Phillips, C.M. (2001). Do People Aggress to Improve Their Mood? Catharsis Beliefs, Affect Regulation Opportunity, and Aggressive Responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 17-32.

Campell, J.(2002). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Arch Intern Med*., 162, 1157 – 1163.

Carter, B., McGoldrick, M. (1988). *The Changing Family Life Cycle: A Framework for family Therapy*, Gardner Press, New York.

Cavanagh, K. (2003). Understanding Women's Responses to Domestic Violence. *Qualitative Social Work*, 2, 229- 249.

Cavanaugh, M.M., Gelles, R.J. (2005). The Utility of Male Domestic Violence Offender Typologies. New Directions for Research, Policy, and Practice. *Journal of Interpersonal Violence***,** 20 (2)**,** 155-166.

Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering*. University of California, Berkeley.

Cicchetti, D., Ackerman, B. P., Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7, 1-10.

Cobia, D.C., Robinson, K., Edwards, L. (2008). Intimate Partner Violence and Women's Sexual Health: Implications for Couples Therapists**.** *The Family Journal*, 16.

Collins, R., Coltrane, S. (2001). *Sociology of Marriage and the Family*. Second Edition, Nelson-Hall Publishers, Chicago.

Cunningham, A. (1998). *Theory-derived Explanations of Male Violence against Female Partners: Literature update and related implications for treatment and evaluation*. http://www.lfcc.on.ca/pubs.htm

Curic, I, Văetişi, L. (2005). *Inegalitatea de gen: violenţa invizibilă*. Eikon, Cluj Napoca.

Delpeut, H. (2002). *Inner and outer voices in therapeutic concersations*. Tijdschrift voor psychotherapy, 28, 351-354.

Devoe, E.R., Smith, E. (2002). The Impact of Domestic Violence on Urban Preschool Children. Battered Mothers' Perspectives. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(10), 1075- 1101.

Dijkstra, S. (2000). *Met vallen en opstaat. Hoe vrouwen en mannen betekenis geven aan geweldservaringen uit hun kindertijd*. Academisch proefschrift, Delft: Eburon.

Dobash, R.E., Dobash, R.P. (1979). *Violece against Wives: A case against Patriarchy*. Open Book, London.

Dobash, R.E., Dobash, R.P. (1987). Violence towards wives. In J. Orford (ed.), *Coping with Disorders in the Family*, Guiford Press, Surrey.

Dollard, J., Doob, L.W., Miller, N.E., Mower, O.H., Sears, R.R. (1939). *Frustration and Agression*, Yale University Press, New Haven.

Dragomirescu, V.T. (1976). *Psihosociologia comportamentului deviant*. Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

Dutton, D. G., Golant, S. K., Pijnaker, H. (2000). *De partnermishandelaar, een psychologisch profiel*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth BMFSF. (2004). *Health, Well- Being and Personal Safety of Women in Germany. A representative Study of Violence against Women in Germany*. Summary of the central research results, Berlin.

Feldman, C.M., Ridley, C.A. (2000). The Role of Conflict-Based Communication Respponses and Outcomes in Male Domestic Violence toward Female Partners. *Journal of Social and Personal Relationship*, 17(4-5), 552 – 573.

Fonagy, P., Moran, G. S., Target, M. (1993). Agression and the psychological self. *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 471-485.

Fonagy, P., Target, M. (1997). Attachment and reflective function. Their rol in self-organisation. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.

Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. Other Press, New York.

Fridjia, N. H. (1993). Moods, emotion episodes, and emotions. In M. Lewis şi J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions*, New-York: Guilford Press.

van Gael, M. (2002). De missing link tussen trauma en borderline ptoblematiek. Een benadering vanuit de hechtingstheorir. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 28, 365-385.

Gelles, R.J. (1983). An excenge/control theory. În D. Finnkelhor, R. Gelles, G. Hotaling şi M. Straus (eds.), *The Dark Side of Families: current Family Violence Research*, Sage, Beverley Hills, CA.

Gelles, R.J. (1987). *Family Violence*. Sage, Beverly Hills, CA.

George, C., Kaplan, N., Main, M. (1996). *The Adult Attachment Interview*. Department of Psychology, University of California, Berkeley.

Gil, D. (1978). Societal violence in families. In J.M. Eekelaar şi S.N. Katz (eds.), *Family Violence*, Butterworth, Toronto.

Giles-Sims, J. (1983). *Wife Beating: A Systemic Theory Approach*. Guilford. New York.

Gilmore, D. E. (1994). *De man als mythe*, Rainbow Pocket, Amsterdam.

Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M., Walker, G. (1990). Love and violenve: gender paradoxes in volatile attachments, *Family Process*, 29, 343-354.

Goldstein, A.P. Rosenbaum, A. (1985). An evalution of the self-esteem of maritally violent men: family relations. *Journal of Applied Family and Child Studies*, 34(3), 425-428.

Goode, W. (1971). Force and violence in the family. *Journal of Marriage and the*

Family, 33, 624-636.

Gomperts, W. (2000). Dyscivilisatie en dysmentalisatie. De ontsporing van het civilisatieproces psychoanalytisch bezien, *Tijdschrift voor psychotherapie*, 6, 193-213.

Gorde, M. W., Helfrich, C.A., Finlayson, H.,M. (2004). Trauma Symptoms and Life Skill Needs of Domestic Violence Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 691-708.

Gottman, J. M. (1999). *The marriage clinic*. Norton & Company, New York.

Greenson, R. (1968). Dis-identifying from mother: its special importance to the boy. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 370-374.

Hanks, S.E., Rosenbaum, C.P. (1978). Battred women: Study of women who live with violent, alcohol-abusing men. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47: 291-306.

Hanmer, J. (1989). Women and policing in Britain. In J. Hanmer, J. Radford şi E.A. Stanko (eds.), *Women, Policing and Male Violence: International Perspectives*, Routledge, London.

Hearn, J. (1998). *The violence of men*. Sage Publication, London, Thousand Oaks, New Delhi.

Heiskanen, Markku, Piispa, Minna. (1998). *Faith, Hope, Battering. A survey of Men's Violence against Women in Finland*, Helsinki.

Humphreys, C., Mullender, A., Thiara, R., Skamballis, A. (2006). Talking to My Mum'.Developing Communication Between Mothers and Children in the Aftermath of Domestic Violence. *Journal of Social Work*, 6(1), 53 – 63.

Ilut, P. (1995). *Familia – cunoaştere şi asistenţă*. Editura Argonaut, Cluj-Napoca.

Ilut, P. (2005). *Sociopsihologia şi antropologia familiei*. Polirom, Iaşi.

Ituarte, S. (2007). Neurological and Physiological Impact of Abuse. In Nicky Ali Jackson, *Encyclopedia of Domestic Violence* (pp. 519 - 522). Routledge, Taylor and Francis Group.

Jacobsen, N. S., Gottman, J.M. (1998). *When men batter woman*, Simon & Schuster, New York.

Janssen, J. (2002). Trends in de forensische psychiatrie. Verslag van een studiedag, *Tijdschrift voor psychotherapie*, 28, 73-82.

Jasinski, J.L. (2007). Pregancy- Related Violence. In Nicky Ali Jackson, *Encyclopedia of Domestic Violence* (pp. 570 - 575). Routledge, Taylor and Francis Group.

Kane, T.A.,Staiger,P.K., Ricciardelli L.A. (2000). Male Domestic Violence : Attitudes, Aggresion and Interpersonal Dependency**.** *Journal of Interpersonal Violence***,**

15(1)**,** 16 – 29.

Kandel, E. R., Schwartz, H. (1992). *Principles of neuroscience*. New York: Elsevier.

Kandel, E. R. (1998). *A new intellectual framework for psychiatry*, American Journal of Psychiatry, 155, 457-469.

Kurst – Swanger, K. (2007). Animal Abuse: the Link to Family Violence. In Nicky Ali Jackson, *Encyclopedia of Domestic Violence* (pp. 22 - 29). Routledge, Taylor and Francis Group.

Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1994). *Vocabularul Psihanalizei*, Humanitas, Bucureşti.

Larousse. Marele dicţionar al psihologiei, 2006, Editura Trei, Bucureşti.

van Lawick, M. J., Groen, M. (1998). *From ill-behaviour to relational behaviour, systematic psychotherapy egarding pysical violence within relationships*, van Gennep, Amsterdam.

LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotion life*, Simon and Shuster, New-York.

Lewis, M. D. (2000). Emotional self-organization at three time scales. In M.D. Lewis şi Granic (Eds.), *Emotion, development, and self-organisation: Dynamic systems approaches to emotional development*, Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

Lewis, C.S. (2006). Coping and Violence Exposure as Predictors of Psychological Functioning in Domestic Violence Survivors. *Violence Against Women*, 12(4), 340 – 354.

Lindhorst, T., Oxford, M., Gilmore, M.R. (2007). Longitudinal Effects of Domestic Violence on Employment and Welfare Outcomes, *Journal of Interpersonal Violence***,** 22(7)**,** 812 – 828.

Lokton, A. Ward, D. (1997), *Domestic violence*, Cavendish Publishing Ltd., London, Sydney.

Loxton, D., Schofield, M., Hussain, R., Mishra, G. (2006). History of Domestic Violence and Physical Health in Midlife. *Violence Against Women*, 12(8), 715 – 731.

Lowe, P., Humphreys, C., Williams, S.J. (2007). Night Terrors Women's Experiences of (Not) Sleeping Where There Is Domestic Violence. *Violence Against Women*, 13(6), 549- 561.

Mann, S., Russel, S., Cherubin, M. (1992). Narrative therapy and sexual abuse. *Family therapy*, 22, 234-243.

Mândrilă, G. (2003-2004). Violenţa în familie. Cauze şi efecte. *Analele Ştiinţifice ale Universităţii „Alexandru Ioan, Cuza" din Iaş*i, Seria Sociologie-Politologie, Tomul 7-8 , Iaşi.

McNeal, C., Amato, P. (1998). Parents' Marital Violence Long Term Consequence for Children. *Journal of Family Issues*, 19(2), 123 -139.

Mihalic, S. (2007). Social Learning Theory and Family Violence. In Nicky Ali Jackson, *Encyclopedia of Domestic Violence* (pp.645 - 653). Routledge, Taylor and Francis Group.

Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press, Cambridge.

Monk, G., Winslade, J., Crocker, K., Epston, D. (1987). *Narrative therapy in practice: The archaeology of hope*. San Francisco: Jossey-Bass.

Morgan, R.S. (2007). Control balance Theory and Domestic Violence. In Nicky Ali Jackson, *Encyclopedia of Domestic Violence* (pp. 197 - 203). Routledge, Taylor and Francis Group.

Moyer, K.E. (1987). *Violence and Aggression. A Psysiological Perspective*. Paragon House, New York.

Muntean, A., (2003). Violenţa în familie. In G. Ferréol şi A. Neculau (eds.), *Violenţa. Aspecte psihosociale*, Polirom, Iaşi.

Myerhoff, B. (1986). Life not death in Venice: its second life. In Turner, V., Bruner, E., *The anthropology of experience*, University of Illinois Press, Chicago.

Nadon, R., D'Eon, J., McConkey, K. M., Laurence, J-R, & Perry, C. (1988). Posthypnotic amnesia, the hidden observer effect, and duality during hypnotic age regression. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 19-37.

Nathanson, D. L. (1992). *Shame and pride: Affect, sex, and the bird of the self*. New-York: Norton.

Olson, D.H., Sprenkle, D.H., Russel, C. (1979). Circumplex Model of Marital and Family Systems: Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types, and Clinical Applications, *Family Process*, 18, pp. 3-28.

Omaha, J. (2004). *Psychotherapeutic Interventions for emotion regulation*. London: Norton & Company.

Păunescu, C. (1994). *Agresivitatea şi condiţia umană*. Editura Tehnică, Bucureşti.

Perilla, J. L., Bakeman, R., Norris, F. H. (1994). Culture and domestic violence: The ecology of abused Latinas. *Violence and Victims*, 9(4), 325-339.

Pfohl, S.J. (2002). The Discovery of Child Abuse. In H. N. Pontell (coord.) *Social Deviance. Readings in Theorie and Research*, forth Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.

Phillips, L. (1986). Theoretical explanation of elder abuse: competing hypotesis and

unresolved issues. In K. Pillemer şi R. Wolf (eds.), *Elder Abuse: Conflict in the Family*, Auburn House, Dover.

Pirozynski, T. (1991). Patologia agresivitaţii intrafamiliale. *Revista medico-chirurgicală (supliment)*, Socola, Iaşi.

Popa, S. (2006). Violenţa domestică şi consecinţele asupra sănătăţii. *Romanian Journal of Legal Medicine*, 14(3), 199 – 208.

Powers, J.R. (1986). Aggression and violence in the family. In A. Campbell şi J. Gibbs, *Violent Tranzactions*, Blackwell, Oxford.

Rawlings, E.I., Graham, D.L.R. (2007). Stockholm Syndrome in Battered Women. In Nicky Ali Jackson, *Encyclopedia of Domestic Violence* (pp. 689 - 695). Routledge, Taylor and Francis Group.

Riedesser, P., Fischer, G. (2007). *Tratat de psihotraumatologie*. Ediţia a II-a, Editura Trei, Bucureşti.

Rubin, G. (1978). *The traffic in women: notes on the political economy of sex*. Monthly Review Press, New York.

Sansone, R.A., Chu, J., Wiederman, MW. (2006). Domestic Violence and Borderline Personality Symptomatology Among Women in an Inpatient Psychiatric Setting. *Traumatology*, 12(4), 314 – 319.

Schokker, J., Schokker, T. (2000). *Extimiteit, Jacques Lacans terugkeer naar Freud*. Boom, Amsterdam.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensibilisation and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press, New-York.

Shapiro, F. (2001). *Eye movementdesensibilisation and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures*. (Second edition) Guilford Press, New-York.

Shefferman, L. (2006). *The relationship of Male Socialization and Personality Pathology in Male Batterer Subtypes.* Dissertation Thesis.

Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiologyu of the developing mind: attachment relationships, “mindsight” and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22, 67-94.

Spanos, N. P., de Groot, H. P., Tiller, D. K., Weekes, J. R., & Bertrand, L. D. (1985). Trancelogic duality and hidden observer responding in hypnotic imagination control, and simulating subjects: A social psychological analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 611-623.

Stein, D.J. (2000). Aggressive behavior and physiological arousal as a function of provocation and the tendency to inhibit aggression. *Journal of Personality*, 35, 297-310.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. Basic Books, New York.

Straus, M.A. (1976). Sexual Inequality, Cultural norms, and Wifebeating. *Victimology. An International Journal*, 1, pp. 54-76.

Strauss, M.A. (1980). *A sociological perpsective on the causes of family violence*. In R. Green (ed.), Violnece and the family, Bould&Westview Press, Boulder Colorado, 7-13.

Strauss, A., Gelles, R.J. (1987). Abused wives: why do they stay?. *Journal of Marriage and the Family*, 38, pp. 659-668.

Straus, M.A., (1991). Physical Violence in American Families: Incidence, Rates, Causes, and Trends. In Dean Knudsen si Joanne Miller (eds.), *Abused and Battered*, Aldine de Gruyter, New York.

Sydney, C., Ford, C. (1988). *Coping with negative life events*. Plenum Press, New York, London.

Toch, H. (1976). *Violent Men*. Aldine, Chicago.

Tomm, K. (1987). Interventive Interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self healing. *Family Process*, 26, 167-183.

Tomm, K. (1988). Interventive Interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive questions. *Family Process*, 27, 1-15.

Truninger, E. (1971). Marital violence: the legal solutions. *Hasting Law Review*, 256-276.

Turliuc, M.N. (2004). *Psihologia cuplului şi a familiei*. Performantica, Iaşi.

Turliuc, M.N. (2007). *Psihosociologia comportamentului deviant*. Institutul European, Iaşi.

Turliuc, M.N., Dănila, O., Lungu, L. (2008). Rolul informaţiei în schimbarea atitudinii faţă de violenţa domestică. Un model experimental preventiv**.** In Turliuc Maria Nicoleta**,** Iolanda Tobolcea (ed.), *Violenţa în familie: între stigmatizare, acceptare socială şi intervenţie terapeutică,* Editura Universităţii „Alexandru Ioan Cuza", Iaşi, 44-57.

Ulsperger, J.S., Wilson, D. (2007). Elder Abuse Perpetrated by Adult Children. In Nicky Ali Jackson, *Encyclopedia of Domestic Violence* (pp. 290 - 296). Routledge, Taylor and Francis Group.

Ulsperger, J.S. (2007). Female Suicide and Domestic Violence. In Nicky Ali Jackson, *Encyclopedia of Domestic Violence* (pp. 319 - 321). Routledge, Taylor and Francis Group.

Voinea, M. (1993). *Sociologia familiei.* T.U.B., Bucureşti.

Walby, Sylvia, Allen, Jonathan. (2004). *Domestic Violence sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey*. Home Office Study, 276, London.

Walker, L.A. (1979). *The Battered Women*. Harper&Row, New York.

Walker, L.A. (1984). *The Battered Women Syndrome*. Springer, New York.

Walker, L.A. (2007). Battered Women Syndrome. In Nicky Ali Jackson, *Encyclopedia of Domestic Violence* (pp. 63 - 70). Routledge, Taylor and Francis Group.

Weiger, W.E. Bear, D.M. (1988). Aggression: types and consequences. *Aggressive behavior*, 13, 15-24.

White, M., Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton & Company, London.

White, M. (1997). *Narrative of therapists' live*. Dulwich Centre Publications, Adelaide.

Wilson, E.O. (1975). *Sociobiology: The new synthesis*. Harvard University Press, Cambridge, MA.

Wolinsky, S. (1991). *Trances people live: Healing approaches in quantum psychology*. Bramble, Las Vegas, NV.

View publication stats